

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

Мастер рад

**Однос квалитета дечје укључености у васпитно-
образовни процес и квалитета живота породице**

Ментор:
доц. др Снежана Илић
Студент: Марија Јоковић

Београд, 2019.

Садржај

УВОД.....	4
1. ТЕОРИЈСКА РАЗМАТРАЊА	7
1.1 Деца са сметњама у развоју	7
1.2 Укљученост деце са сметњама у развоју у васпитно-образовни процес	20
1.2.1 Предности инклузивног предшколског васпитања.....	21
1.2.2 Обухват деце са сметњама у развоју у оквиру предшколског васпитања	23
1.3 Породица	25
1.4 Породице деце са сметњама у развоју.....	27
1.5 Квалитет живота у породицама деце са сметњама у развоју	30
2. ЦИЉ, ЗАДАЦИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА.....	33
2.1 Циљ истраживања	33
2.2 Задаци истраживања	33
2.3 Хипотезе истраживања	33
3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	34
3.1 Узорак истраживања	34
3.2 Инструменти истраживања.....	35
3.3 Поступак истраживања	36
3.4 Обрада података	36
4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	37
4.1 Дескриптивно-статистички показатељи.....	37
4.2 Разлике у квалитету укључености у васпитно-образовни процес између група деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја	50
4.3 Разлике у квалитету живота породица између група деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја	52
4.4 Однос квалитета живота породице и квалитета деље укључености у васпитно-образовни процес	53
4.5 Квалитет живота породица деце са сметњама у развоју и социо-демографске карактеристике.....	54
5. ДИСКУСИЈА.....	55
5.1 Квалитет живота у породицама деце са сметњама у развоју	55

5.3 Разлике у укључености у васпитно-образовни процес између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја	57
5.4 Разлике у квалитету породичног живота између породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја	58
5.5 Однос између квалитета живота у породицама деце са сметњама у развоју и квалитета дечје укључености у васпитно-образовни процес	59
6. ЗАКЉУЧАК	59
Литература	62
Прилози	68

Увод

Породица је утицајан и важан фактор у развоју и одрастању детета. Ради се о малој, примарној друштвеној групи, у којој су емоционални односи интензивни, интеракција дуготрајна и разноврсна, а узајамна зависност међу члановима велика (Рот, 2006). О породици у правом смислу можемо говорити онда када у њу стигну деца (рођењем, усвојењем или на неки други начин), а до тада говоримо о браку, односно партнерској заједници (Митић, 2011). Влада мишљење да прелазак на родитељство чини породицу стабилним системом и многи ову фазу сматрају најважнијом прекретницом у животу породице.

Рођење детета у породици најчешће је извор радости и појаве нових осећања, а у браку који је до тада био без деце долази до развијања основног породичног осећања које карактерише нежан, брижан и заштитнички став (Митић, 2011). Међутим, рођење детета са сметњом или њено накнадно утврђивање представља снажан изазов и претњу читавом породичном животу.

Свако дете поседује различите способности које се развијају током одрастања и омогућавају му да самостално функционише и постане особа која је способна за живот, учење и рад. Међутим, понекад се код детета те способности из различитих разлога развијају спорије или су у одређеној мери оштећене (слабо или потпуно неразвијене). Будући да постоје деца складног и уобичајеног (типичног) развоја, тако и сваки сегмент развоја може бити измењен или погођен одређеним сметњама (Ћуртић, Кошутуић, Мишчевић и Малешевић, 2013).

Родитељи који брину о деци са сметњама у развоју, у односу на родитеље деце типичног развоја, чешће се суочавају са различитим неразвојним кризним догађајима и, повезано са тим, чешће извештавају о проблемима у менталном здрављу и проблемима у партнерском функционисању. Истраживања показују да су сметње детета повезане са родитељском субјективном проценом неуспешности, доживљајем смањеног задовољства животом и повећаним нивоом стреса у родитељској улози. Негативна искуства са којима се родитељи суочавају имају за последицу ниско самопоштовање и неповерење у себе, сопствене способности, као и свет око себе, а то су фактори који могу угрозити развој потенцијала детета.

Васпитање и образовање које се изводи у предшколским установама само је један од програма за рани развој деце са сметњама у развоју. Уз породицу, васпитно-образовна установа је кључни чинилац васпитања, а њихове активности се, иако су различите, међусобно допуњују (Јелић, Стојковић и Марков, 2018). Дакле, предшколске установе имају васпитну и образовну улогу у развијању основних функција код детета. Осим тога, активности које дете обавља у васпитно-образовном процесу доводе до развоја вештина и способности које су потребне за почетно описмењавање. Предшколско васпитање не утиче само на развој когнитивних и моторичких функција детета, него на личност у целини.

Све оно што породица подстиче и развија код детета, у васпитно-образовним установама треба да се продубљује. С друге стране, све оно што се развија у вртићу и школи, породица треба додатно да подстиче (Јелић и сар., 2018). Заједничко деловање породице и васпитно-образовне установе повећава снагу и моћ васпитања и доприноси подстицању целовитог развоја детета.

За развој све деце, а нарочито деце која имају сметње у развоју, кључна је сарадња између породице и запослених у предшколским установама, а нарочито васпитача. Таква сарадња остварује се са циљем спречавања проблема припреме за полазак у школу и неуспеха у испуњавању школских обавеза (Filler & Xu, 2006; Reynolds, Temple, Robertson & Mann, 2001; Xu & Filler, 2008; према: Јелић и сар., 2018). На тај начин требало би да се омогући успешнија интеграција деце са тешкоћама у развоју у ширу друштвену заједницу.

Иако је стратешко опредељење Републике Србије развој инклузивног образовања, а законодавни оквир свој деци са сметњама у развоју и инвалидитетом омогућује бесплатно школовање, као и несметан упис у редовне школе, образовање деце са сметњама у развоју и инвалидитетом и даље се одвија кроз два паралелна система – редовни и специјални. Што се тиче припремног предшколског програма, он је бесплатан за сву децу, укључујући и децу са сметњама у развоју и инвалидитетом (*Ситуациона анализа: Положај деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији*, 2017). Ипак, деца са сметњама у развоју могу да остварују право на предшколско васпитање и образовање заједно са свом децом, у васпитној групи, уз план индивидуализације или индивидуални васпитно-образовни план у развојној групи, на основу индивидуалног васпитно-образовног плана. Према усвојеним изменама и допунама Закона из 2017. године, за дете уписано у развојну групу планира се и реализује свакодневна интеракција и укљученост у активности осталих васпитних група. У току похађања предшколског програма развој детета прати се и на основу предлога тима за инклузивно образовање, тако да дете са сметњама у развоју и инвалидитетом може потпуно прећи из развојне у васпитну групу.

Ипак, и поред свих мера и интервенција које се предузимају на институционалним нивоима у циљу подстицања инклузије, деца са сметњама у развоју често су изложена окружењу које не пружа подршку, што их чини рањивијима и ограничава њихове могућности да уче и сврсисходно учествују у активностима друштвене заједнице. Таква динамика онемогућава и отежава искуство живота са сметњама у развоју. Да би се прекинуо зачарани круг, потребно нам је схватање сметњи у развоју у оквиру кога се као посебно значајне посматрају интеракције између карактеристика особе и њеног окружења.

Предшколско васпитање представља прву и основну фазу у формалном образовању детета, а предшколска установа први организовани облик васпитно-образовног рада у који се дете укључује и у коме ће провести значајан део свог времена. У оквиру предшколске установе јављају се прве могућности за усвајање многих садржаја који ће детету омогућити да упозна околину и стекне прва интересовања. С тим у вези организовани васпитно-образовни рад у предшколској установи треба да узима у обзир специфичност и сложеност предшколског узраста, односно дететове когнитивне и емоционалне способности, социјалне активности и потребе.

Циљ овог рада је да се испита однос између квалитета деље укључености у васпитно-образовни процес и квалитета живота породице. Анализом добијених резултата покушаћемо да систематизујемо знања из ове области и укажемо на потребу даљег испитивања ове тематике. Истраживање би требало да допринесе бољем разумевању промена квалитета живота породица са дететом са сметњама у развоју и делотворности укључености детета у васпитно-образовни процес, као и да допринесе бољем разумевању начина и могућности поспешивања, односно побољшања васпитања и образовања.

1. Теоријска разматрања

1.1 ДЕЦА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Развој већине способности у раном узрасту одвија се одређеним редоследом и по одређеним развојним фазама. Међутим, узраст у коме дете развија поједине способности, може значајно да варира од детета до детета. Постоје нормалне варијације у ритму, редоследу, облицима развоја, али нека велика одступања од очекиваног постигнућа, узимајући у обзир узраст детета и социо-културно културно окружење у којем дете одраста, могу бити знак развојних поремећаја или чак патологије у развоју.

Познавање тока нормалног развоја детета омогућава правовремено уочавање могућих одступања, тражење и пружање помоћи. Период психомоторног сазревања карактерише интензиван раст и развој који следи одређену правилност у хронолошком погледу, али свако дете има сопствени темпо развоја. С тим у вези болести, физичка оштећења, наследни и социјални фактори могу проузроковати стања која се крећу од лакших физичких оштећења до потпуне неспособности и дезинтеграције личности.

У описивању развоја деце који одступа од очекиваног најчешће се користе термини „успорен развој”, „заостајање у психомоторном развоју”, „глобално заостајање у психомоторичком развоју”, „психомоторна ретардација” и други. Ови термини се користе када се ради о деци млађој од пет година. С обзиром на недовољну прецизност ових термина исправније је описати које способности и ком домену развоја (когнитивни, емоционални, комуникација, сензо-моторни) дете није развило, а које су очекиване за дату узрасну фазу, под условима да је дете имало одговарајуће прилике и ослонце за развој тих способности (Богдановић, 2016).

Према дефиницији Светске здравствене организације дете са сметњом у развоју је дете које „има тешкоће у развоју и није у могућности да постигне или одржи задовољавајући ниво здравља и развоја или чије здравље и развој могу значајно да се погоршају без додатне подршке или посебних услуга у области здравствене заштите, рехабилитације, образовања, социјалне заштите или других облика подршке“ (*Светска здравствена организација, 1997*).

У области медицинских и друштвених наука које се баве пружањем помоћи особама са сметњама у развоју постоје бројне дилеме у погледу терминологије коју треба користити. С једне стране те недоумице су изазване страхом од стигматизације (негативног социјалног

обележавања) и својења идентитета особа са сметњама у развоју на само оштећење. Такав приступ, у коме су напори стручњака били усмерени на смањење развојне тешкоће путем корекције оштећене функције, отежавао је професионално оспособљавање. Наредна последица била је стварање стереотипа о појединим категоријама лица са развојним тешкоћама, као и увредљивих назива. С друге стране, намеће се потреба да развојна сметња неке особе буде одређена према врсти и степену тежине како би то лице стекло право на разне врсте помоћи, посебно материјалну помоћ (Хрњица, 2011).

Термин „поремећај“ треба користити уколико дете испољава симптоме и знаке који задовољавају дијагностичке критеријуме дефинисане одговарајућим класификационим системима (Међународна класификација болести, Дијагностички и статистички приручник за менталне поремећаје и сл.). Уколико дете одступа у развоју од очекиваног за узраст, уз неке симптоме и знаке који нису изражени у тој мери да би задовољили дијагностичке критеријуме поремећаја, користе се термини „тешкоће у развоју“ или „сметње у развоју“. Термин „дисхармоничан развој“ води порекло из француске дечје психијатрије у којој се и данас користи. Он означава да постоји заостајање или неуобичајеност у развоју појединих области које чине личност детета (психомоторика, говор, осећања, интелигенција), док су остале функције нормалне или приближне одговарајућима за узраст. Овде спадају тешкоће везане за развој говора (развојне дислалије и дисфазиије), психомоторике (психомоторна нестабилност, развојне диспраксије и дисграфије), затим сметње у области когнитивног развоја (развојне дистгнозије, дискалкулије, дислексије, дисортографије) и у области емоција (интелектуална инхибиција, селективни мутизам). Дакле, сметње у развоју могу се испољити у областима телесних, менталних, говорно-језичких и социо-емоционалних функција, затим у области чула, али и у области више функција истовремено.

Глобални несклад који захвата све области личности детета назива се општом развојном дисхармонијом, која, према Десетој међународној класификацији болести (МКБ-10) спада у такозване первазивне поремећаје развоја, међу које се убраја и аутизам и поремећаји слични аутизму (Ишпановић, 2007).

У овом раду користићемо синтагму „деца са сметњама у развоју и инвалидитетом“ као термин који је општеприхваћен од стране организација цивилног друштва које представљају особе са инвалидитетом. Притом се сметње у развоју више односе на менталне сметње и интелектуалне потешкоће, а инвалидитетом се сматрају ограничења у физичком и сензорном функционисању. Сметње у развоју код деце се могу кориговати или ублажити у току развојног периода, а инвалидитет је трајно стање које се може одржавати уз

континуиране рехабилитацијске третмане. Понекад се за децу са сметњама у развоју каже да су то деца којој је потребна специфична друштвена подршка.

Особе са неким обликом сметње у развоју или инвалидитета чине око 10% светске популације и представљају највећу мањину у свету (Радих-Шестић, Милановић-Доброта и Радовановић, 2012). Нажалост, ова цифра се повећава са растом популације, напретком медицине и продужењем животног века. Према подацима Светске здравствене организације из 2011. године највећи број особа са сметњама у развоју, чак њих 80%, живи у неразвијеним и земљама у развоју (*Светска здравствена организација*, 2011). Подаци показују и да свако десето дете има сметњу у развоју, док међу њима само 2-3% похађа образовне установе. Млади са сметњама у развоју у високом образовању су и даље занемарљиво заступљени.

Особе са сметњама у развоју често су жртве насиља или силовања, а такође мање је вероватно да ће, у поређењу са особама типичног развоја, добити полицијску, правну заштиту или превентивну негу. Такође, насиље над децом са сметњама у развоју на годишњем нивоу јавља се најмање 1,7 пута више него код њихових вршњака без сметњи (*Светска здравствена организација*, 2011).

Готово петину (17,6%) становништва Србије чине деца, а број деце са сметњама у развоју и инвалидитетом није познат. Иако је Попис из 2011. године прикупио и податке о броју особа са инвалидитетом, примењена методологија није била адекватна за особе са инвалидитетом, укључујући и децу, па су добијени подаци показали да деца са сметњама у развоју и инвалидитетом чине тек око 0,7% укупне популације деце. Такав резултат је у супротности са проценама на глобалном нивоу да деца са сметњама у развоју и инвалидитетом чине 5% популације деце (*Ситуациона анализа: Положај деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији*, 2017).

Тачан број деце са сметњама у развоју и инвалидитетом тешко је утврдити из неколико разлога. Најпре, дефиниције инвалидитета у различитим законима нису усклађене. Осим тога, нису развијени инструменти за процену који би били у складу са Конвенцијом о правима особа са инвалидитетом.

Проблеми са којима се припадници ове маргинализоване друштвене групе најчешће сусрећу су низак степен образовања, висока стопа незапослености, немогућност приступа многим објектима и информацијама, као и одсуство партиципације у институцијама јавног и политичког деловања. Више од 70% њих су сиромашни, а половина њихових материјалних средстава су различити облици социјалне помоћи (Радих-Шестић и сар., 2012).

Сметње у развоју делују комплексно на живот детета, јер способности које су оштећене у међудејству са другим способностима током развоја утичу готово на све

сегменте развоја. Истраживања показују да је у Србији дискриминација особа са сметњама у развоју и/или инвалидитетом, како директна тако и посредна, широко распрострањена појава у свим областима друштвеног живота, а посебно у областима образовања, рада и запошљавања, живота у заједници, једнакости пред законом, приступу услугама и информацијама (*Посебан извештај о дискриминацији особа са инвалидитетом*, 2013). Истовремено, њихове породице често трпе стигматизацију и сегрегацију услед дубоко укорених и распрострањених предрасуда и неинформисаности.

У наставку ће бити наведене карактеристике деце са најчешћим облицима сметњи у развоју на предшколском узрасту.

Деца са хиперактивношћу и поремећајима пажње

Хиперактивност подразумева две врсте проблема који могу, али не морају, да се јаве заједно. То су поремећај пажње и/или проблеми са хиперактивношћу и импулсивношћу. Хиперкинетски поремећај је назив који за овај поремећај користи МКБ-10 (Међународна класификација болести Светске здравствене организације), док је ADHD (енг. *Attention Deficite Hyperactivity Disorder*) назив који за поремећај пажње са хиперкинетичношћу користи ДСМ-IV (*Дијагностички и класификациони приручник Америчког удружења психијатара*). Карактеристике овог поремећаја су рани почетак (пре 5. године, према ДСМ- IV пре 7. године) и комбинација хиперактивности (претерана и лоше регулисана моторна активност), непажње (неистрајност у активностима које захтевају когнитивно ангажовање) и импулсивности (непромишљено кршење правила).

Што се тиче аспекта слабости пажње, код детета се уочава да је пажња усмерена али краткотрајна и обузета само непосредно перципираним појавама (потребно им је више пута поновити упутство). Дете не завршава задатке, не може да се организује, избегава дуготрајан напор, губи ствари, „заборавно је” и лако се омета у активностима. Хиперактивност подразумева врпољење, напуштање клупе, претерано трчање/пењање. Дете не може на миру да се игра или ради, увек је спремно „да крене“ и много прича. Импулсивност се испољава у виду исхитрености са одговорима, прекидању других, немогућношћу да сачека ред, наметању другима и појачаном импулсу за говором (Поповић-Деушић, 1999). Проблематично понашање је очигледно у свакој ситуацији.

Третман АДХД-а се данас доминантно ослања на медикаментозну терапију. Међутим, ефекти лекова који се примењују (нпр. риталин, адерал, цилерт) су краткотрајни, а имају и

нежељена дејства. Као најделотворнији се ипак наводи мултидисциплинарни приступ: коришћење фармакотерапије уз пружање подршке у подучавању, саветовање и контролу понашања. У предшколском окружењу корисно је да се стратегије поучавања комбинују са тренингом мотивације, да се увежбава истрајност код детета и подстиче веровање да оним сами имају контролу, што истиче њихово лично ангажовање (Reid & Borkowski, 1987).

Деца са тешкоћама у комуникацији

Тешкоће у комуникацији укључују тешкоће у говору и језику и језичке поремећаје.

Тешкоће у говору и језику подразумевају да код деце постоји примарни језички проблем који се не може објаснити губитком слуха, интелектуалним оштећењем нити недостатком изложености језику (Leonard, 1997). Као последица говорних и језичких проблема могу се јавити и тешкоће са писменошћу, слабо напредовање на академском плану и социоемоционални проблеми (Lindsay et al., 2005). Најчешћи проблеми који спадају у ову категорију су поремећаји артикулације, муцање или замуцкивање и проблеми са гласом. Логопедски третман је код ове врсте проблема најнефективнији. Међутим, васпитачи и стручни сарадници би требало да знају да препознају проблем код детета и правовремено реагују.

Језички поремећаји карактеришу се приметним оштећењем способности разумевања језика или језичког изражавања, а у односу на другу децу истог узраста и из исте културолошке групе (Owens, 1999). Деца са овом врстом проблема ретко говоре, користе мало речи, кратке реченице, а приликом комуницирања доминантно се ослањају на гестове. Како би се подстакло и унапредио језички развој, предлаже се разговарање о стварима које дете интересују, одговарање када дете започне разговор или прокоментарише нешто. Није пожељно постављање превише питања, али дете треба подстицати да само пита. Дете не треба прекидати док прича, треба се опходити се према њему са поштовањем и одолети потреби да се исправи свака његова грешка у говору. Деци треба пружити прилику да језик користе и како би постигли своје циљеве.

Специфични поремећаји говора

Ради се о поремећајима код којих постоји оштећење нормалних образаца говора од раних стадијума развоја, а не приписују се неуролошким болестима. И деца типичног развоја се веома разликују током развоја формирања говора према узрасту када проговоре и којим темпом касније говоре и напредују. Но, временом, иако „споро говоре“ ипак успоставе

уобичајено нормалан говор. До узраста од 4 године грешке у продукцији гласова су честе, али друге особе ипак лако разумеју дечији говор (са 6-7 година развој говора се заврши). Међутим, у овој дијагностичкој категорији, поред тешкоћа током успостављања „спорог говора“, деца имају и друге проблеме. Заостајање у развоју говора (али и тешкоће у читању и спеловању) често је праћено тешкоћама у читању и спеловању, абнормалностима у интерперсоналним односима и емоционалним проблемима као и проблемима понашања. Код постављања ове дијагнозе треба узети у обзир оштећења слуха или интелектуалну ометеност (иако интелигенција укључује вербалне способности, па је и логично да ће тешка оштећења интелигенције дати и успорење развоја говора). Сви специфични поремећаји говора се лече укључивањем у дефектолошки третман (логопед) при чему се мора постићи прихватање и разумевање од стране предшколске установе. Важно је и смањивати осећање кривице или анксиозност у породици, јер велики број ових поремећаја је органске природе и није условљен факторима који потичу из саме породице.

У специфичне развојне поремећаје говора спадају:

- поремећаји говорне артикулације,
- поремећаји експресивног говора,
- поремећаји рецептивног говора,
- Landau-Kleffner-ov синдром.

1. Поремећаји говорне артикулације

На узрасту од 4 године грешке продукцији гласова су честе, али дете лако може да разуме непознате особе. До узраста од 6-7 година углавном се науче сви гласови и нема проблема у комуникацији. Абнормални развој постоји када изговарање гласова код детета касни и/или је измењено, што доводи до погрешне артикулације са одговарајућим проблемом других особа да разумеју такав говор детета. Ради се о изостављању (дисторзијама, извртању), измењеном изговарању или замењивању гласова и несталношћу у изговору (дислација – „шушкање“, лалација).

2. Поремећаји експресивног говора

Подразумевају одсуство појединих речи до узраста од 2 године уз неспособност формирања простих реченица од 2-3 речи до 3 године. Ту спадају и ограничен развој реченице, веома сиромашан речник, претерана употреба малог броја општих речи, тешкоће у избору одговарајућих речи или њихових супститута, кратка говорна моћ, незреле реченичке структуре, грешке у синтакси, нарочито изостављање крајева речи или префикса, погрешна

употреба или некоришћење граматичких облика као што су предлози, заменице, чланови, падежи и времена. Могу се јавити и тешкоће у редоследу при препричавању прошлих догађаја нетачно уопштавање граматичких правила. Прогноза је углавном повољна - 50 % се спонтано поправи, а они са тежим поремећајима имају и касије изражене језичке проблеме.

3. Поремећаји рецептивног говора (разумевање говора)

Подразумевају неодазивање на име (без употребе невербалних порука) до првог рођендана (отуда често личе на глуву децу), неспособности да се до 18 месеци идентификује барем неколико простих предмета или немогућност да се до 2 године старости изврше прости налози. Касније тешкоће укључују неспособност разумевања граматичких структура (одређене форме, питања итд.) и недостатак разумевања финих аспеката језика (боја гласа, гестови, итд.).

Од свих варијетета развојних поремећаја говора и језика овај је праћен највишом стопом удружених социјално-емоционалних поремећаја и поремећаја понашања (осетљивост, стидљивост, анксиозност, изолација од вршњака, хиперактивност и слаба пажња), као и кашњења у социјалном развоју, нпр. проблеми са учењем. Прогноза је мање повољна од изолованог експресивног поремећаја.

4. Landau-Kleffner-ov синдром

Ради се о стеченој афазии са епилепсијом. Постојао је нормалан развој говора, а дете онда почне да губи и рецептивне и експресивне говорне способности, али задржава општу интелигенцију. Пароксизмалне абнормалности у ЕЕГ прати и по неки епи напад. Долази до губитка говора током неколико месеци, али је могућ и нагао губитак. Поремећај се јавља у периоду од треће до седме године и могао би бити последица запаљенског енцефалитичног процеса. Једна трећина деце се потпуно опорави а две трећине остају са већим или мањим оштећењима рецептивног говора (Марић, 2005).

Деца са интелектуалним сметњама

Интелектуалне сметње карактеришу значајно исподпросечне интелектуалне способности које за последицу имају значајна ограничења. За ову врсту сметњи користи се и термин ментална ретардација. Осим IQ скорa испод 70, код детета су присутни и проблеми у адаптивном понашању, независном свакодневном функционисању у животу и у друштвеним односима (Вулфолк и сар., 2014). Према најновијем приступу Америчког удружења за

менталну ретардацију, интелектуална ометеност се дефинише као снижена способност за коју су карактеристична значајна ограничења у интелектуалном функционисању и у адаптивном понашању, изражена у појмовним, социјалним и практичним адаптивним вештинама (Станковић-Ђорђевић, 2013). Настаје пре 18. године. Адаптивно понашање је скуп појмовних, социјалних и практичних вештина које је особа научила у сврху функционисања у свакодневном животу.

Америчка асоцијација за менталну ретардацију препоручује класификациону шему која се заснива на томе колико је подршке потребно особи да би функционисала на најбољи могући начин (Taylor et al., 2005; према: Вулфолк и сар., 2014).

На раном узрасту деца са интелектуалном ометеношћу уче спорије од својих вршњака, потребно им је више вежбања да би овладали неком вештином, а имају тешкоће и са преношењем онога што су научили из једног оквира у други, као и са повезивањем једноставнијих вештина како би одрадили неки сложенији задатак. За децу са интелектуалним сметњама нагласак је на овладавању основама читања, писања, аритметике, учењу о блиском окружењу, социјалном понашању и личним интересовањима (Вулфолк и сар., 2014). Такође их треба подучавати вештинама занимања и функционисања у домаћинству, описмењавању за живот, понашању у ситуацијама везаним за радно ангажовање, бризи о свом здрављу и сл. Уопштено се наглашава да особе са интелектуалним тешкоћама треба што боље припремити да живе и раде у друштвеној заједници и да у томе буду што је могуће више самостални.

Деца са тешкоћама у емоционалном развоју или поремећајима понашања

Поремећаји понашања подразумевају да код деце постоје понашања која толико одступају од норме да ометају раст и развој детета, али и животе других људи (Вулфолк и сар., 2014). То одступање мора да буде више од тренутне реакције на стресне догађаје, да се доследно јавља током времена и у различити ситуацијама, а да дете није реаговало на директне интервенције у оквиру општег образовања (Forness & Knitzer, 1992). У оквиру ДСМ у емоционалне и поремећаје понашања који су најчешћи код деце сврставају се анксиозни поремећаји, реметилачки поремећај понашања (дефицит пажње/хиперактивност, поремећај са пркошењем и супротстављањем, поремећаји опхођења), поремећаји исхране (анорексија, булимија), поремећаји расположења (афективни поремећаји, депресија, биполарни поремећај), тикови. Будући да деца са емоционалним поремећајима и поремећајима понашања често крше постављена правила и нарушавају границе, дисциплиновање од стране

васпитача је честа метода. Такође су корисни метод примењене бихевиоралне анализе (АБА метод) и директно учење социјалним вештинама (Вулфолк и сар., 2014), али и пружање структуре како би им било јасно шта се од њих очекује и могућности избора како би имали контролу над својим окружењем.

Деца са оштећеним здрављем/хроничним болестима

У оквиру категорије деце са оштећеним здрављем поменућемо децу са церебралном парализом и епилептичним нападима.

Церебрална парализа подразумева оштећење мозга настало пре или током рођења, а обележене су тешкоћама са кретањем и координисањем тела код детета. Најчешћа је спастична церебрална парализа где су дететови мишићи претерано стегнути или напнети. Секундарне сметње су такође честе (оштећење вида, проблеми са говором, интелектуалне сметње), а управо у том домену је и највећа улога и помоћ васпитача и стручних сарадника (Вулфолк и сар., 2014).

Епилепсија је најчешћа хронична неуролошка болест коју карактеришу понављајући, краткотрајни поремећаји функције централног нервног система – епилептични напади. Најдраматичнији међу њима су тзв. *grand mal* напади (генерализовани, тонично-клонични напад) који су праћени неконтролисаним трзајима трајања од 2 до 5 минута, уз могући губитак контроле црева или бешике и неправилним дисањем. Иако се епилепсија у највећој мери контролише лековима, могуће је да се напад догоди за време боравка у предшколској установи. У том случају наставник треба да реагује да се дете не би повредило и предузме остале мере прве помоћи. Код детета је могућа појава друге врсте напада – напади одсуства (*petit mal*), при којима се дете загледа, не одговара на питања, повремено не зна шта се дешава у његовом окружењу и сл. Највећи проблем је што им недостаје континуитет интеракције. Стога је корисно постављати им питања како бисмо били сигурни да разумеју и прате активности у васпитно-образовном процесу (Вулфолк и сар., 2014).

Енуреза и енкомпреза

Енуреза је активно вољно или невољно и несвесно умокравање после одређене старосне границе. Просечно дете од 3 године овлада овом функцијом и у сну, мада се то може толерисати и до пете године живота. Преваленца на узрасту од 5 година је 7% код

дечака и 3% код девојчица, а на узрасту од 10 година је 3% код дечака и 2% код девојчица, док је на узрасту од 18 година 1% за оба пола (Марић, 2005).

Може се разликовати: примарна енуреза – дете никада није било „суво“ и секундарна – када је једном већ била успостављена контрола сфинктера, али се умокравање вратило. Енуреза може да буде дневна и ноћна.

Енкомпреза је понављано вољно и невољно пражњење фецеса у рубље без постојања разлога за то. Она такође може да буде дневна и ноћна. Може да буде примарна и секундарна, континуирана, дисконтуирана и ретентивна. Енкомпреза се јавља четири пута чешће код мушкараца и чешћа је дању, док је енуреза чешћа ноћу. Енкомпреза је чешћа код особа са интелектуалном ометеношћу, док код енурезе ниво интелигенције нема значаја.

Енуреза и енкомпреза су обично праћене емоционалним поремећајима и поремећајима понашања (Марић, 2005).

Ноћни страхови

Овај поремећај карактерише појава изненадног страха током спавања. Дете је заплашено, узнемирено, вришти, скаче из постеље, плаче, дрхти и уз интервенцију родитеља убрзо поново заспи. Ујутро се обично ишчуђава како је доспело у татин или мамин кревет. Поремећај се обично дешава 2-3 сата након почетка спавања (током NONREM фазе). Ноћни страх не може увек да се доведе у везу са сновима (сањање страшних животиња, које би представљале агресивног оца или ситних малих животиња, које би представљале строгу мајку), иако је уобичајено мишљење да су идентификација са агресором, померање и пројекција основне психодинамске шеме овог поремећаја.

Многи сматрају да је *pavor nocturnus* (ноћни страх) резултат погрешног васпитања и бављења у породичној средини у којој се врло често дешавају фрустрације, па и реалан страх од агресивних иступања неког од родитеља. Тренутно умирење и успављивање на грудима мајке или оца после доживљеног ноћног страха према мишљењу неких аутора представља остварење секундаме користи и постизање тоpline која је недостајала. Има мишљења да павор може да буде епилептичне генезе (еки-еквивалент). У новије време појмовима „ноћни терор“ (*night terror*) и ноћне море (кошмарни снови) описују се сличне психопатолошке појаве.

Поремећаји исхране у детињству

У овај поремећај спадају одбијање хране и екстремна чудљивост у присуству адекватне количине хране, као и регургитација (без мучке или гастроинтестиналног обољења). Ово су релативно чести поремећаји указују и на поремећај односа родитеља и деце. Мајка, која је неискусна, напета или можда незрела, често није у стању да на адекватан начин препозна потребе свога детета и одговори на њих; она тада често, у ситуацијама када храни дете, преноси своју анксиозност и несигурност на њега. Неки проблеми исхране врло брзо престану када дете почне да храни бака или нека искусна особа. Јасно је да је ту проблем: однос мајка – дете (мајка, уместо љубави, нуди само храну). Нека деца на овакве притиске одговарају одбијањем хране. Понекад се и мајчина нервоза, нерасположење и несигурност преносе на дете које реагује сличним, али себи својственим симптомима (Марић, 2005).

Сензорне сметње

Деца са сметњама слуха показују знаке као што су: окретање једног уха према саговорнику, давање предности једном уху у току разговора или погрешно разумевање разговора када не виде лице саговорника (Вулфолк и сар., 2014). Ова деца такође не прате упутства, понекад делују збуњено, од других траже да понове оно што су рекли, погрешно изговарају нове речи или имена и сл.

У образовању глуве и наглуве деце доминирају два приступа: орални и мануелни. Орални приступ обухвата читање говора („читање са усана“) и вежбање детета да користи преостали слух. Мануелни приступи подразумевају коришћење знаковног језика и спеловање прстима. Раније се сматрало да деца која уче мануелне методе комуникације постижу бољи успех у школи и да су социјално зрелија од ученика који су изложени само мануелним методама. Данас постоји тенденција да се комбинују оба приступа (Hallahan & Kauffman, 2006).

Деца са сметњама вида имају различити степен оштећења вида – слабовидост и слепило. Знаци оштећења вида су држање књиге врло близу или пак врло далеко од очију, шкиљење, често трљање очију, осећај свраба или пецкања у очима, жале се на замућење вида, преосетљиви су на светлост, држе главу под необичним углом и сл.

За адекватан рад са децом који су слепа и слабовида неопходно је коришћење асистивне технологије. То могу бити посебни материјали и опрема који им помажу да

функционишу (крупно штампане књиге, Брајева азбука, компјутерски програми који претварају текст у говор, диктафони, тродимензионалне мапе и сл). Учионице треба такође прилагодити, а деца са проблемима са видом морају знати где се шта налази (и тај распоред не мењати), препоручује се да за кретање има доста места, а препреке и небезбедне делове уклонити.

Деца са моторичким поремећајима

Сметње у телесном развоју су најчешће повезане са тешким и трајним оштећењима моторног и коштано-зглобног система, телесним деформитетима, мишићним и неуромишићним обољењима, оштећењима централног и периферног нервног система, или хроничним обољењима која тешко нарушавају здравствено стање детета. Деца са моторичким сметњама се врло брзо замарају, потребно им је много снаге и енергије за усмеравање појединих покрета тела. За њих је и седење врло заморно, као и дуже трајање појединих активности. Због немогућности извођења појединих покрета, потребна им је помоћ других особа. Говор може бити развијен на различитим нивоима, од потпуног одсуства говора, до сасвим добро развијеног. Међутим, без обзира на степен развијености говора, деца, у складу са својим интелектуалним потенцијалима, проналазе своје начине комуникације, што је најчешће гест.

Прилагођавања деци са моторичким сметњама, која сваки васпитач може да изведе, односе се на простор без баријера (распоред намештаја у учионици треба да буде такав да омогућава несметано кретање колица), прилагођавање прибора за писање специфичним могућностима детета, обезбедити доста времена за извођење графичких активности, омогућити коришћење специфичних помагала, помоћ друге особе, осигурати пратњу друге особе ако је то неопходно за кретање.

Деца са поремећајима аутистичног спектра и Аспергеровим синдромом

Аутизам је неуроразвојни поремећај кога карактеришу значајна оштећења у области реципрочних социјалних интеракција и образаца комуникације, као и ограничен, стереотипан и репетитиван репертоар понашања, интересовања и активности (СЗО, 1992). Аутистични спектар поремећаја карактерише се раним почетком тешкоћа у реципрочним социјалним интеракцијама и комуникацији и оскудним (рестриктивним), понављајућим (репетитивним) обрасцима понашања или интересовања (Lord & Bailey, 2003). Аутистички

спектар поремећаја карактеришу дефицити у области социјалне интеракције и комуникације, као и присуство рестриктивних и репетитивних образаца у понашању (*American Psychiatric Association*, 2013).

Деца са поремећајем из аутистичног спектра од раног детињства могу имати тешкоће у формирању социјалних односа, не стварају везе са другима, избегавају контакт очима, не деле своја осећања (Вулфолк и сар., 2014). Комуникација је оштећена, а често су и невербални или имају врло ограничене језичке вештине. Могу опсесивно да инсистирају на правилностима и непроменљивости свог окружења, свака промена рутине изазива јаку узнемиреност. Карактерише их претерана везаност за рутине, ритуалне обрасце вербалног или невербалног понашања, пренаглашен отпор променама (као што су моторни ритуали, инсистирање на истоветној маршрути или храни, репетитивно постављање питања или екстремно емоционално реаговање на мале промене. Имају веома ограничено, фиксирано интересовање које је абнормално у интезитету или фокусу (као што је јака приврженост или преокупираност необичним предметима, прекомерно ограничена или персеверирајућа интересовања). Могу бити хипер- или хипо- реактивни на сензорне дражи или показивати неуобичајено интересовање према сензорним аспектима околине (као што је очигледна неосетљивост на бол, топлоту, хладноћу, адверзивно реаговање на специфичне звуке или текстуру, прекомерно мирисање или додиривање предмета, фасцинираност светлошћу или предметима који се спајају).

Аспергеров синдром укључује готово нормалан развој говора и интелигенције, уз карактеристичну дефицитарност у социјалним интеракцијама, узак опсег интересовања и идеомоторну диспраксију (Станковић, Лакић и Илић, 2012). Деца са Аспергеровим синдромом или „високо функционалним аутизмом“ показују тенденцију за комуникацијом али која није реципрочна (они се обраћају другима, али ретко учествују у дијалогу). Као маркер измењене комуникације се могу узети неспособност разумевања сарказма, идиома, сленга, као и интерпретирања преносног смисла у бајкама, што продубљује проблеме у социјалним интеракцијама, поготово у адолесцентном узрасту када је то уобичајена комуникација.

Ране и интензивне интервенције поремећаја из спектра аутизма фокусирају се на комуникацију и социјалне односе. У предшколском окружењу овој деци је најважније обезбедити подршку у смислу укључивања у мање групе, обезбеђивање структурисане целине, обезбеђивање „сигурне базе“ за стресне периоде, доследност, употребу визуелних помагала и сл. (Friend, 2006). Касније се треба усмерити на изградњу животних, радних и социјалних вештина.

1.2 УКЉУЧЕНОСТ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У ВАСПИТНО-ОБРАЗОВНИ ПРОЦЕС

Деца са сметњама у развоју усвајају знања на различите начине, тако да није лако пронаћи најбоље методе у процесу њиховог васпитања и образовања. Врло често се мора испробати више метода рада, пре него што се пронађе најадекватнија. Мотивисаност васпитача, стручних сарадника и родитеља, истрајност и увереност да чине праву ствар, најчешће резултирају успехом.

Поједина деца најбоље уче сама, у активностима које изводе сопственим темпом, друга се најбоље осећају када се инкорпорирају међу вршњаке и сарађују са њима. Некој деци су за учење битни додири, покрет/тактилно-конестетска стимулација, друга се више ослањају на визуелизацију, нека се више служе говором и језиком као примарним средством учења. Значајан број деце је вешта у откривању веза и односа међу предметима и догађајима, а нека деца су посебно склона посматрању. Без обзира на то који начин преовладава у њиховом приступу учењу, деца ће бити успешна када им се створе услови који одговарају начину учења коме су највише склона. Најлакши начин да се деци осигура успешност је комбиновање различитих стратегија, метода, облика и средстава, као и стварање услова за алтернативна искуства у учењу, прилагођавање програма и континуиране промене активности како би се прилагодили потребама све деце.

Неопходно је што раније код детета идентификовати потребу за додатном подршком у васпитно-образовном процесу, што се постиже пажљивом опсервацијом и развојном проценом детета (Николић и Илић, 2013). Примера ради, васпитач може приметити мањак интересовања код детета и пасивност у активностима, затим умањену могућност репродукције тек изложеног садржаја, смањену комуникацију са околином, немогућност или несналажење у употреби прибора, у простору радног материјала, нереаговање на ословљавање, примицање свеске и осталог материјала очима, трљање очију, неразумевање задатка и неадекватно решавање итд. Нека деца могу бити прекомерно моторно активна, док су друга претерано мирна и незаинтересована за активност у групи (Николић, 2012; према: Николић и Илић, 2013). Рано откривање и препознавање ових знакова значајно је за предузимање правовремених интервенција, као и одговарајућих поступака у васпитању и образовању, а све са циљем да се постојеће тешкоће отклоне, превазиђу или ублаже.

Сматра се да деца из најосетљивијих група имају највеће користи од висококвалитетних програма раног развоја (*Инклузивно предшколско васпитање и образовање*, 2014). То је доказано за децу која живе у сиромаштву – она имају далеко већу

вероватноћу да у њиховом развоју дође до значајног кашњења, а посебно у погледу језичких и социјалних вештина. Подаци указују да око 40% деце која живе у сиромаштву има оваква кашњења у развоју (Westley, 2014). Овакви налази објашњавају се начином на који родитељи одгајају децу и ограниченом образовном подстицају у њиховом породичном окружењу (Boivin & Bierman, 2014).

Упркос показатељима који говоре да предшколско васпитање и образовање различито утиче на различите групе деце, прилике које оно пружа ипак треба да буду доступне свој деци. Инклузивно окружење је корисно за сву децу и оно је основа за праведније и инклузивније друштво. Рани узраст је важан за развој ставова и понашања деце, будући да она тада уче да разумеју и цене различитост и да развијају емпатију према другима. На ставове и понашања у највећој мери утичу ставови и понашања њихових родитеља и васпитача (Mac Naughton, 2006).

1.2.1 ПРЕДНОСТИ ИНКЛУЗИВНОГ ПРЕДШКОЛСКОГ ВАСПИТАЊА

Инклузија представља интегрисање свих ученика у редовна одељења (Вулфолк и сар., 2014), док је инклузивно образовање процес пораста учешћа све деце у васпитно-образовним установама и школама, укључујући и оне са развојним тешкоћама (*Index for Inclusion: Developing learning and participation in schools*, 2002). Реч је о реструктурирању културе, политике и праксе у образовним институцијама тако да оне одговарају различитим ученицима. Инклузивно образовање заснива се на неколико принципа (*Школа за све: Укључивање деце са развојним тешкоћама у образовање*, 2007):

- прихвата се став да сва деца могу да уче;
- прихватају се и поштују разлике међу децом у односу на узраст, пол, националност, језик, развојну тешкоћу, здравствени статус итд.;
- образовним структурама, системима и методологијама омогућава се да одговоре на потребе све деце;
- овакво образовање је део шире стратегије за промовисање инклузивног друштва;
- ради се о динамичном процесу који стално еволуира.

Инклузија спречава да деца са тешкоћама у развоју и деца из осетљивих и маргинализованих друштвених група буду искључена из образовног процеса и осигурава да се у том процесу препознају њихове потребе и да се на њих одговори, да се повећа њихова активност у настави и учењу у школи, као и у различитим аспектима живота заједнице.

Инклузија захтева промене и прилагођавање наставног приступа и стратегија, а понекад и наставних садржаја, а истовремено подразумева и припрему и прилагођавање васпитача, наставника и школа за њену ефикасну примену.

У литератури се може издвојити неколико кључних карактеристика које одликују квалитетне предшколске програме (*Инклузивно предшколско васпитање и образовање*, 2014):

- баве се целокупним дететом и обезбеђују холистички приступ у стимулацији развоја;
- осетљиви су на културне и етничке различитости и поштују их;
- подстичу разумевање међу децом;
- у своје активности укључују родитеље и остале чланове заједнице;
- добар предшколски програм је инклузиван; подстиче поштовање права детета, а посебно права на учешће.

Предшколски програм делотворно подстиче развој специфичних вештина код деце које су кључне за њихову спремност за школу. Неке од њих су усмеравање пажње упркос ометањима, саморегулација, односно самоконтрола емоција и понашања, истрајност у фрустрирајућим ситуацијама, мотивација за учење и способност рада у групи (Boivin & Bierman, 2014). У том процесу користе се методе за које се показало да подстичу делотворно учење код деце млађег узраста: нпр. програм васпитно-образовног рада заснован на игрању, активно учење, дијалогско читање (укључивање деце у читање приче користећи стратегије као што је постављање питања, подстицање деце да замисле шта ће се следеће догодити у причи или да предложи другачији крај приче), активности које иницирају деца, као и активности које се спроводе у малим групама или пак индивидуалне активности уз коришћење различитих материјала (Copple & Bredekamp, 2009; Montie, Xiang, & Schweinhart, 2006).

Процес васпитно-образовног рада у оквиру инклузивне предшколске установе има неколико важних карактеристика (*Инклузивно предшколско васпитање и образовање*, 2014). У таквом процесу мора се имати на уму чињеница да је рани развој детета веома интегрисан и ниједна вештина или активност не припада само једној области развоја. Касније, развој се све више диференцира и тада се за појединачне вештине може рећи да припадају једној одговарајућој области. С друге стране, добар предшколски програм васпитно-образовног рада препознаје сталне промене у језику и комуникацији детета, развоју симболичког размишљања, социјалним компетенцијама у интеракцији са вршњацима и одраслима, саморегулацији емоција и понашања, вештинама помагања самом себи и прецизности приликом грубих и финих физичких покрета. На тај начин целокупан процес се усмерава на

оне области које ће бити важне за будући успех у школи, а то су развој когнитивних, језичких и социјално-емоционалних компетенција. Ове компетенције су иначе важне за свакодневни живот и корисне су у сваком животном добу.

Веома важну улогу у процесу предшколског образовања деце са сметњама у развоју имају васпитачи. Васпитачи планирају активности које ће бити усмерене на подстицање различитих развојних способности код деце. Активности треба планирати у складу са начелима универзалног дизајна и треба настојати да оне буду у интересу све деце и усклађене са развојним предностима све деце.

Од великог значаја у висококвалитетним инклузивним предшколским програмима је активно учење. У том процесу деца нису само пасивни примаоци информација, већ уче кроз активно коришћење различитих материјала, служећи се различитим стратегијама и чулима. Активности треба да буду испланиране тако да деца решавају проблеме, шире концепте, размишљају и доносе закључке, прикупљају информације, објашњавају своје активности и размишљају и уче на више начина (*Инклузивно предшколско васпитање и образовање*, 2014).

Деца са сметњама у развоју могу бити успешна у стицању знања, вештина и навика у складу са својим способностима уколико им се пружи адекватна подршка у активностима и подучавању (Николић и Илић, 2013). Све активности пружања подршке морају бити организоване и почети са утврђивањем потреба детета на основу којих се идентификује врста и степен потребне подршке. У следећем кораку укључују се стручњаци различитих професија (дефектолози, психолози, радници здравствених и социјалних служби). Како би се задовољили сви услови за успешно укључивање деце са сметњама у развоју у васпитно-образовни процес, неопходно је развијати системе и модалитете подршке који ће водити рачуна о различитости особина и потреба детета. С тим у вези напомиње се да је неопходно укључивање дефектолога у стручне тимове за инклузивно образовање, односно у тимове за пружање додатне подршке у предшколској установи, како би се обезбедила стручна, континуирана и правовремена помоћ васпитачима, деци и родитељима деце са сметњама у развоју.

1.2.2 ОБУХВАТ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У ОКВИРУ ПРЕДШКОЛСКОГ ВАСПИТАЊА

Обухват деце са сметњама у развоју у оквиру предшколског образовања у Србији је низак, али не постоје адекватни подаци у односу на степен и врсту инвалидитета. Предшколским образовањем и васпитањем 2011. године било је обухваћено укупно 39% све

деце предшколског узраста, што је два пута мање него на нивоу Европске уније (*Први национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији*, 2011). Притом, веома је низак обухват деце у руралним подручјима (29%), као и деце на смештају у установама социјалне заштите (13%) (*Редовни годишњи извештај Заштитника грађана за 2011. годину*, 2012; *Извештај о раду установа за смештај деце и младих за 2015. годину*, 2016). Такође, посебно је низак обухват деце програмом у јаслицама (до 3 године) и износи 16% (*Први национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији*, 2011).

Подаци показују и да је тек 50% деце узраста од 3 до 5 година обухваћено програмом предшколског образовања и васпитања, а од тога је само 4–10% деце из осетљивих група (*Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце*, 2014). Иако је процена да 5% деце има сметње у развоју или инвалидитет, тек 1,2% уписане деце је имало сметње у развоју или инвалидитет (*Investing in early childhood education in Serbia*, 2012), што указује да деца са сметњама у развоју имају 4 пута мању шансу да на овом узрасту похађају установе за предшколско васпитање и образовање. Укупан број деце са сметњама у развоју који је похађао вртиће није познат.

Иако на нивоу предшколских установа не постоје издвојене установе за децу са сметњама у развоју, подаци из ситуационе анализе о положају деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији (2017) указују да је у школској 2016/2017. години било 50 развојних група за децу са сметњама у развоју, које је похађало 394 деце, док је индивидуални образовни план (ИОП) креиран за 759 деце која су похађала предшколски програм, а педагошки профил креиран је за 1.513 деце. Значајно је бољи обухват предшколским програмом који је обавезан, па је у 2014. години припремни предшколски програм похађало 65.491 деце из опште популације, што је обухват од 94% (*Ситуациона анализа: Положај деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији*, 2017).

Када је реч о територији града Новог Пазара, предшколска установа чији је оснивач локална самоуправа не поседује адекватан намештај, сензорну собу као ни дидактички материјал који ће унапредити боравак и рад са децом са сметњама у развоју. Развојна група у оквиру поменуте ПУ формирана је 2006. године и може имати од 1 до 5 деце. Тренутно у њој функционише само једна развојна група, а постоји потреба за још једном групом. Од укупног броја деце која су укључена у редовне групе, 27 су деца са сметњама у развоју. Запажено је такође да у протеклих пет година постоји нагли раст уписа деце са сметњама у развоју у вршњачке групе. Тај број стално расте и велики број деце је на листама чекања. Због отежаних услова за спровођење инклузивног образовања, родитељи деце обично су

приморани да одустану од предшколске наставе. У посебно тешкој ситуацији су деца која живе на сеоском подручју.

Како би се унапредио положај деце са сметњама у развоју у нашој земљи, потребно је много више од директних новчаних и материјалних давања. То подразумева адекватан и несметан приступ услугама из области здравствене и социјалне заштите, а од посебног значаја је обавезно укључивање у образовни систем (предшколски и школски).

1.3 ПОРОДИЦА

Одредити и дефинисати појам породице на јединствен и исправан начин није једноставан задатак. Потешкоће произилазе из митова који окружују овај концепт, јер се кроз историју породица доживљавала и третирала различито. Међутим, највећи број аутора и истраживача је сагласан да је породица људска заједница која има најважнију улогу у животима и процесима социјализације људи (Степановић, 2012). Поред тога што представља агенс социјализације, она је истовремено веома важна друштвена институција којом се задовољавају многе социјалне и индивидуалне потребе. Због присних емоционалних веза које владају међу њеним члановима и тесне сарадње у оквиру ње, породица је примарна друштвена група. Али за многе облике понашања породица је и референтна група (Матејевић, 2008).

Породица је изворна, примарна и најуниверзалнија друштвена група која подразумева синтезу више подсистема (Сакач, Марковић и Марић, 2018). Родитељи и деца, деца и деца, као и подсистеми који се формирају између деце и сваког родитеља посебно су основне структуралне јединице породице. У оквиру сваког подсистема одвија се двосмерна интеракција у чијој подлози су специфичне афективне везе, као најзначајније одреднице у функционисању и формирању личности детета.

Породица се такође одређује као друштвена група у чијим оквирима се одвија процес репродукције друштвених индивидуа, процес природне репродукције који подразумева рађање, одрастање и умирање људских индивидуа с једне стране, и процес њихове друштвено-културне репродукције с друге стране, који се одвија кроз процесе социјализације, индивидуализације и заштите психосоцијалне стабилности и интегритета одраслих појединаца (Поткоњак и Шимлеша, 1989).

Породица може да буде извор највеће добробити за појединца, али и обрнуто (Голднер-Вуков, 1988), извор стреса (Mosley-Hänninen, 2009), конфликта, проблема итд.

Ментално здравље одраслих зависи од „темеља“ који су постављени у претходним развојним фазама (нарочито у раном детињству и адолесценцији) и у оквиру породице као примарне и најважније групе којој појединац припада. Екерман (Ackerman, 1966) истиче да ментално здравље појединца зависи у великој мери од породице чије је појединац део. Каличанин (2002) сматра да су рано детињство и средински фактори веома значајни за развој појединца, а Зуковић (2009) истиче да људи високо вреднују феномен породице и породичном животу придају огроман значај (све према: Виденовић и Колар, 2005). Матић (1980; према: Виденовић и Колар, 2005) даље истиче да ментално здравље није само одсуство болести, већ и хармонично развијена личност која је, између осталог, задовољна и породичним односима.

Породица је систем сачињен од партнерског, родитељског система који формирају деца, а истовремено је као целина део еколошког супрасистема са којим размењује енергију и информације (Тодоровић и Симић, 2013). За разумевање начина на који функционише породица веома је важно разумевање односа који постоје између ових субсистема, као и односа који постоји између породице и окружења у коме породица функционише.

Примењујући општу теорију система на породицу и њено функционисање, може се рећи да се делови породице, односно субсистеми, налазе у сталном међуодносу и да се понашање појединих чланова, односно субсистема, не може разумети изоловано од другог дела субсистема, јер је породично функционисање више од збира појединачних функционисања (Матејевић, 2008; Матејевић и Тодоровић, 2012). Системски приступ породици уводи циркуларно разумевање појава у породичном систему, при чему се породица сагледава као систем чије су компоненте у сталној интеракцији. Механизмом повратне спреге објашњавају се односи који постоје између делова система.

Појединац који живи у породици члан је породичног система на који мора да се адаптира (Матејевић и Тодоровић, 2012). У оквиру системског приступа појединац се схвата као систем умрежен са осталим системима у својој околини, чији развој и формирање у великој мери произилазе и одређени су карактеристикама примарног припадајућег система – породице.

Будући да се дете не може посматрати изоловано од средине у којој одраста, сматра се да је породица је централни и најзначајнији део дететовог окружења (Axelsson, 2014). Највећи део свој животног искуства дете стиче управо у породици у којој одраста (McConachie, Colver, Forsyth, Jarvis, & Parkinson, 2006). Ситуација се може посматрати и обрнуто – дете неизбежно утиче на партиципацију осталих чланова породице (McConachie et al., 2006). Деца са сметњама у развоју су под ризиком да због својих ограничења буду извор

стреса за своје породице, захтевајући од њих да прихвате њихову различитост и да мењају сопствене конструкте о себи и животу (Матијевић и сар., 2010).

1.4 ПОРОДИЦЕ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

За већину родитеља рођење детета је јединствен и срећан догађај (Leerkes & Burney, 2007). Међутим, сазнање да дете има сметње у развоју драстично мења родитељску перспективу и поглед како на родитељство, тако и на своје дете и своју родитељску улогу што условљава и потребу за мењањем родитељских очекивања (Graungaard & Skov, 2007).

Рођење детета са сметњом у развоју је изузетно снажан стресогени догађај за родитеље, као и целу породицу, тако да у великој мери мења њено актуелно функционисање и одређује правац и ток њеног даљег развоја. Захтеви који се постављају пред породицу, односно све њене чланове, нису мали и могу битно да уздрмају и угрозе сваког од њих појединачно, али и породицу као целину. Изазови са којима се суочава породица која подиже дете са сметњама у развоју односе се како на физичке захтеве у вези са појачаном потребом за бригом о детету, али и на захтеве на емоционалном нивоу, због изузетно тешких емоција које родитељи доживљавају (Крстић, Мухић, Рајић и Бранковић, 2017). Родитељи морају да се суоче са сазнањем о тешкоћама везаним за дететово стање, али и да мењају своја очекивања која су градили о детету, од оних које представљају савршено дете на она очекивања која уважавају реалност да дете има одређене потешкоће које ометају његов развој. То није једноставан и краткотрајан процес, а у литератури се често означава као „туговање због губитка савршеног детета” (Marvin & Pianta, 1996).

Родитељи морају проћи кроз све фазе суочавања да код детета постоји проблем. У том процесу родитељ се временом исцрпљује, бива све уморнији, усамљенији, док се истовремено јавља и осећај неправде, што је још израженије ако нема подршку и праћење стручњака. Особе из окружења углавном немају довољно искуства о томе како да се понашају у близини детета са сметњама у развоју и његових родитеља, па их несвесно избегавају. Стога родитељима остаје врло мали круг људи са којима су у контакту (Лазор, Марковић и Николић, 2008).

Истраживања породица са децом која имају сметње у развоју показала су да се као доминантно осећање код чланова јавља туга (Barnett, Klements, Kaplan-Estrin, & Fialka, 2003). У процесу превазилажења туге неопходно је емоционално и когнитивно ангажовање

родитеља како би били спремни да се суоче са дијагнозом која је детету постављена и како би ускладили своја очекивања са дететовим могућностима.

Треба истаћи и да су препознати и многи позитивни аспекти родитељства детета са сметњама у развоју, као што су појачана емоционална блискост између чланова породице, лични развој, сензитивност за друге, уживање у типичним породичним активностима, позитивни односи са стручним особљем које пружа здравствену или другу бригу детету (Крстић и сар., 2017).

Негативан однос средине према детету са развојним потешкоћама одражава се и на његове чланове породице. Розмери Шекспир (према: Хрњица, 1991) наводи да су најчешће реакције родитеља на развојну тешкоћу детета депресија, потреба за изолацијом, шок, фрустрација, осећање кривице, страх, жеља да дете умре, губитак самопоштовања, осећање пораза, страх шта ће бити са дететом у будућности када родитељи више не буду с њим и сл.

У ситуацији у којој се суочавају са негативним реакцијама околине, родитељи и сами избегавају контакте са осталим људима, многа пријатељства се прекидају. Због осећања стида и неповерења које је присутно код њихових родитеља, деца са сметњама углавном остају у потпуној изолацији, затворена у својим домовима, изолована од спољашњих дешавања (Хрњица, 1991). Додатни проблем представља и често неповољна материјална ситуација. Породица се додатно осиромашује због великих трошкова за лечење, набавку помагала и слично. Све то додатно отежава материјалну ситуацију. Мајке често остају без посла због превеликих обавеза око детета (Хрњица, 1991).

Још један битан проблем јесте презаштићеност деце са сметњама у развоју од стране њихових родитеља. Према мишљењу неких аутора, претерана заштита детета може бити начин исказивања бриге, страх да се дете не повреди или контра реакција на несвесне деструктивне идеје, као што је помисао „боље да се није ни родило“ (Хрњица, 1991). Презаштићеност иде дотле да дете не ради самостално ни оно што би могло, јер друге особе раде уместо њега. Очекивања родитеља у погледу постигнућа детета и његовог даљег развоја често нису реална, што се негативно одражава на међусобне односе родитељ – дете и даље активности у вези са пружањем помоћи детету (Хрњица, 1991). Дакле, инвалидитет у породици повлачи за собом бројна физиолошка и социјална ограничења која одређују нови животни концепт, тзв. „краткорочног живота“ (Стефановић-Станојевић и Крстић, 2005).

Међу професионалцима постоји интересовање за последице које дететове сметње у развоју или озбиљна хронична болест могу да имају на породицу (Крстић и сар., 2017). Притом треба имати на уму да је свака породица јединствена и различита, а да се оптимално функционисање детета дешава у оквиру подржавајућег породичног и друштвеног окружења

(King, Teplicky, King, & Rosenbaum, 2004). Како се дете развија, породице морају да превладавају дугорочну несигурност у погледу садашњег и будућег функционисања свог детета, али и породице као целине (Kazak & Marvin, 1984). Дететова сметња у развоју је тријадно искуство, које укључује троструке интеракције између детета које има сметње, породице која је тиме погођена и спољашњег окружења (Falik, 1995).

Деца са сметњама у развоју и инвалидитетом и чланови њихових породица често су суочени са негативним ставовима, па чак 45% родитеља наводи да су они или њихова деца доживели неку врсту вређања, омаловажавања или узнемиравања због сметњи у развоју детета (*Ситуациона анализа: Положај деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији*, 2017). Осим тога, 29% деце је доживело одбијање приликом покушаја коришћења јавних услуга због неприступачности објеката или неприлагођености услова, а 26% због постављања посебних услова. При томе су најчешће овом облику дискриминације била изложена деца са телесним сметњама, односно физичким инвалидитетом. Исто тако, дискриминација се превасходно односи на поступање система образовања, са којим деца и најчешће имају контакт. На значајан ниво негативних ставова указују и резултати истраживања који показују да трећина испитаника (32%) сматра да деца са менталним и интелектуалним сметњама имају негативан утицај на другу децу у породици, а исто сматра и четвртина грађана (23%) када је реч о деци са физичким и сензорним сметњама (*Ситуациона анализа: Положај деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији*, 2017). Ипак, охрабрује податак да више од 90% грађана сматра да деца са сметњама у развоју и инвалидитетом могу успети у животу уколико имају адекватну подршку.

Родитељима је потребна помоћ и подршка различитих стручњака како би након суочавања са сазнањем да њихове дете има тешкоћу у развоју што брже пребродили емоционалну кризу и активно се укључили у програм интервенција (Košiček, Kobetić, Stančić & Joković, 2009). Неопходно је указати родитељима и на важност рада са дететом у породичном окружењу јер је то битна допуна рехабилитацији (Joković-Turalija & Rajca, 1999). Поред тога битно је напоменути да су за рано откривање развојних тешкоћа врло важан дијагностички ослонац запажања родитеља. У случају да примете кашњења у развоју детета, требало би што раније да се обрате педијатру и започну процес дијагностике (Joković-Turalija, Ivkić, & Oberman-Babić, 2002). Из тог разлога је потребно едуковати родитеље о могућим одступањима која се могу јавити код детета на најнижем узрасту.

1.5 КВАЛИТЕТ ЖИВОТА У ПОРОДИЦАМА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Појмом „квалитет живота“ обично се описују чиниоци који имају утицај на животне услове друштва или појединаца (Kararić, Sindik, Raguž, Klokoč, Milovčević, Burum, 2012). Уопштено се под појмом квалитет живота мисли на степен благостања појединца или групе људи. Један од фактора квалитета живота је физичко благостање, а поред тога постоје и бројни други чиниоци, као што су образовање, могућност запошљавања, социјални статус, здравље итд. Конструкти којима научници покушавају да концептуализују субјективно благостање су: глобално задовољство животом, задовољство појединим доменима живота, присуство позитивних афективних искустава (пријатно расположење и емоције) и релативно одсуство негативних афективних искустава (непријатна расположења и емоције). У истраживањима субјективног благостања, исто се сагледава из субјективне перспективе процењивача, дакле, даје се важност његовом гледишту (Sabol, 2005).

Наводе се четири основна аспекта квалитета живота: 1) физичко благостање: енергија, сила, функционалност, спавање, одмор; 2) психичко благостање: концентрација, узнемиреност, забринутост, депресија, жалост, огорчење; 3) социјално благостање: финансијска оптерећеност, повратак на посао, стан, кућни буџет; 4) духовно благостање: нада, очај, очајање, вера, религиозност, побожност (Ivanac, 2015). Квалитет живота заправо је субјективан доживљај сваког појединца, а зависи од околности у којима неко живи, од система вредности, очекивања и тежњи.

Савремена истраживања која се баве децом са сметњама у развоју све више се ослањају на испитивање квалитета живота целе породице. Конструкт породичног квалитета живота се односи на потребе свих чланова породице, превазилази потребе члана са сметњом, односно дијаду родитељ–дете, те наглашава породичне снаге и приоритете породице (Smith-Bird & Turnbull, 2005). Као концепт, истраживачима омогућава увид у то како породица преципира значај различитих аспеката породичног живота, као и у степен њиховог задовољства породичним квалитетом живота (Park et al., 2003; Smith-Bird & Turnbull, 2005). Попут индивидуалног квалитета живота, породични квалитет живота је препознат као важан и мерљив исход процеса рехабилитације, док партиципација доприноси физичком и менталном здрављу, али и друштвеном животу појединца и његове породице (Mc Manus, Corcoran, & Perry, 2008; Milićević, 2015; Milićević & Klič, 2014). Из тих разлога, јасно је зашто побољшавање, унапређивање и оптимализација партиципације деце са сметњама у развоју и хроничним болестима представљају један од кључних циљева специјалне едукације и рехабилитације.

У склопу једног ширег истраживања обављено је и испитивање групе породица деце са церебралном парализом у периоду шест месеци од сазнавања праве дијагнозе (Митић, 1997). Налази те студије указују на значајно поремећене односе међу родитељима и њихов потпуно различит однос према чињеници да имају дете са церебралном парализом (Митић, 2011). Наиме, очеви и мајке поседују и руководе се изразито различитим, некад супротним проценама о различитим аспектима стања и односа у породици и начинима функционисања. По процени очева, породица је кохезивна до фузије и испреплетености, а мајке је процењују као више разједињене тј. са мање заједништва. Једино слагање постоји у процени димензије адаптабилности (флексибилност породице да своја правила и улоге прилагоди новонасталим ситуацијама или захтевима који се пред породицу постављају). Оба родитеља процењују породицу као нефлексибилну. Податак о нефлексибилности породице упућује на могућност да је суочавање родитеља са тешкоћом детета породицу зауставило и да постоји изражен страх од промена, па се као одговор јавља ригидност. Позната и уходана правила вероватно дају неко осећање сигурности, колико год да то истовремено представља и препреку за даљи развој.

Посебан проблем представља питање спремности родитеља да, с обзиром да тешко превладавају кризну ситуацију, прихвате или затраже додатну помоћ или подршку. Они се по томе значајно разликују: мајке би то прихватиле и неопходно им је (пошто су у доброј мери „сагореле” од бриге о детету и целокупне ситуације), док очевима то не пада на памет. Слика додатно компликује схватање већине мајки да на побољшање брачне ситуације може да утиче оздрављење детета, чиме се некритично дете оптерећује, а у одређеној мери и окривљује за немогућност решавања проблема које испољавају одрасли.

Поред тога што сама деца имају проблема који настају као последица тешкоће у развоју, истовремено породица бива дестабилизвана. Иако родитељи нерадо говоре о проблему који је настао рађањем детета са тешкоћама у развоју, подаци указују да је проценат развода бракова у овој популацији већи од општег просека (Хрњица, 2011). Чак и ако не дође до развода, односи међу супружницима бивају поремећени. Престанком радног односа мајке (да би чувала дете које нема коме да остави) погоршава се финансијска ситуација породице; отац све више изостаје из куће, док социјалне везе породице бивају значајно осиромашене.

Као што је истакнуто у претходном делу текста, укључивање детета са тешкоћама у развоју у образовни систем још увек представља велики проблем. Аутори сматрају да родитељима деце са сметњама заправо недостаје мотивација (Хрњица, 2011). Они су углавном усмерени на очекивање да ће медицинска помоћ детету решити или барем

ублажити проблем и сву енергију улажу у налажење медицинске помоћи. Тиме се губи драгоцено време, дете заостаје у образовању, чиме се његов развој битно отежава. Ионако лабави односи са вршњацима бивају још лабавији. У посебно тешкој ситуацији су деца са тежим телесним недостатком или сензорном тешкоћом код које су интелектуални капацитети очувани.

2. Циљ, задаци и хипотезе истраживања

2.1 ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Општи циљеви истраживања:

Утврдити квалитет децје укључености у васпитно-образовни процес.

Утврдити квалитета живота породице.

Специфични циљ: испитати однос квалитета децје укључености у васпитно-образовни процес и квалитета живота чланова породица деце са сметњама у развоју.

2.2 ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА

Задаци истраживања су следећи:

- утврдити ниво квалитета децје укључености у васпитно-образовни процес код деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја;
- утврдити ниво квалитета живота чланова породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја;
- испитати да ли постоје разлике у квалитету укључености у васпитно-образовни процес између група деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја;
- испитати да ли постоје разлике у квалитету живота породице између група породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја;
- испитати однос квалитета укључености са квалитетом живота породице;
- испитати да ли постоје разлике у нивоу квалитета живота код чланова породица које имају члана са сметњама у развоју с обзиром на социо-демографске карактеристике (пол, узраст, образовни статус, брачни статус, врста и степен сметње члана).

2.3 ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

На основу прегледа литературе и ранијих истраживања постављене су следеће хипотезе:

1. постоје разлике у квалитету укључености у васпитно-образовни процес између група деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја;

2. постоје разлике у квалитету живота породице између група породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја;
3. квалитет живота породице оцењује се као повољнији у ситуацији када је виши квалитет укључености детета у васпитно образовни процес
4. ниво квалитета живота не разликује се код мушких и женских чланова породице;
5. ниво квалитета живота разликује се код млађих и старијих чланова породице;
6. ниво квалитета живота разликује се код чланова породице различитог образовног нивоа;
7. ниво квалитета живота разликује се код чланова породице различитог брачног статуса;
8. ниво квалитета живота разликује се код чланова породица у којима живе деца са изолованом сметњом у односу на породице деце са вишеструким сметњама у развоју.

3. Методологија истраживања

3.1 УЗОРАК ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено на пригодном узорку који је сачињавало 60 деце узраста од 3 до 6 година која похађају васпитно-образовне установе на територији града Новог Пазара. Од тога је 30 деце типичног развоја (14 мушког и 16 женског пола), а 30 деце са сметњама у развоју (15 мушког и 15 женског пола). У овој групи испитаника највише је деце са поремећаји из аутистичног спектра као што су дечији аутизам, Ретов синдром и сл. (8), затим Дауновим синдромом (5), сметњама вида, сметњама у говору, церебралном парализом, дисхармоничним развојем и комбинованим сметњама (по троје), док је по једно дете у узорку било са поремећајем пажње и психомоторном ретардацијом (Табела 1).

Табела 1. Структура узорка у односу на врсту дететове сметње у развоју

Врста сметње у развоју	n	%
поремећаји из спектра аутизма	8	26,7
Даунов синдром	5	16,7
сметње вида	3	10,0
церебрална парализа	3	10,0
сметње у говору	3	10,0
дисхармоничан развој	3	10,0
комбиноване сметње	3	10,0
психомоторна ретардација	1	3,3
поремећај пажње	1	3,3

Легенда: n – број испитаника

Такође, у истраживању је учествовало и 60 родитеља деце која су обухваћена узорком. У истраживању су учествовали и васпитачи од којих су прикупљени подаци о понашању деце током боравка у васпитно-образовној установи.

3.2 ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА

У истраживању су примењени општи упитник за испитивање социодемографских карактеристика узорка, као и упитници за испитивање квалитета укључености детета у васпитно-образовни процес и квалитета живота у породицама деце са сметњама у развоју.

Упитник за родитеље (CEDL) намењен је бољем разумевању функционисања деце у свакодневном животу. Поред општег дела у коме се прикупљају основни социо-демографски подаци о породици, упитник садржи још два дела који се односе на учешће детета у свакодневном животу. Први обухвата учешће детета у породичним и рекреативним активностима, при чему је задатак испитаника да процене ставке на две скале: 1) колико често дете учествује у активности и 2) опажање колико дете ужива у тој активности. Други део упитника обухвата тврдње које се односе на учешће детета у бризи о себи, што родитељи процењују на петостепеној скали (1 – „Не, не ради активност“, 5 – „Да, ради активност доследно“).

Упитник за васпитаче (ClameISR) служи прикупљању података са циљем бољег разумевања функционисања деце у оквиру рутине у предшколским установама. У првом делу налазе се тврдње које се тичу општи информација о самом васпитачу који попуњава упитник (пол, старост, дужина радног стажа и сл.) као и о конкретном детету. У наредном делу упитника прикупљају се подаци о понашању детета у 12 области (долазак у вртић, слушање музике, купатило, боравак напољу, прање руку, усмерене активности, оброци/ужине, рад у малој групи с васпитачем, прање зуба, причање прича, спавање, слободна игра, одлазак из вртића). Задатак васпитача је да на тростепеној скали процени да ли се и у којој мери свако понашање појављује код конкретног детета.

Упитник за процену квалитета породичног живота (Family Quality of Life, FaQoL; McWilliam & Casey, 2013). Оригинална верзија упитника је развијена 2006. године за проучавање породица деце са оштећењем слуха. Следећа верзија била је намењена породицама деце са поремећајем хиперактивности и пажње. Тренутна верзија намењена је за породице деце са свим врстама сметњи. Састоји се од 40 исказа, а од испитаника се тражи да на петостепеној скали процени колико се слаже са сваким од њих. На упитнику су издвојена четири фактора: породични односи (којим се испитује начин решавања проблема,

комуникација, родитељство), приступ информацијама и услугама (познавање инвалидитета детета, развој детета, управљање понашањем; ресурси као што су услуге подршке, медицинска помоћ и организације у њиховој заједници), функционисање детета (ангажовање детета, независност и друштвени односи у оквиру породичних дневних рутина) и свеукупна животна ситуација (испуњавање породичних потреба по питању здравља, финансијских ресурса и запошљавања).

3.3 ПОСТУПАК ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено у Новом Пазару, током јуна и јула 2019. године, у Предшколској установи „Младост“ и у дечијем вртићу „Лептирић“. Упитнике су попуњавали васпитачи и родитељи у индивидуалним контактима приликом посете истраживача предшколској установи. Свим субјектима је предочена сврха истраживања и загарантована анонимност података. Такође пружена им је помоћ и додатно објашњење везано за начин одговарања.

3.4 ОБРАДА ПОДАТАКА

Добијени емпиријски подаци обрађени су уз помоћ софтверског пакета SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Science*). У оквиру тога коришћене су следеће статистичке технике:

- мере дескриптивне статистике – за утврђивање изражености варијабли истраживања у узорку,
- т-тест – за поређење аритметичких средина,
- анализа варијансе – за утврђивање значајности разлика већег броја аритметичких средина,
- корелацијске анализе – за утврђивање степена повезаности варијабли.

4. Резултати истраживања

Након извршене обраде података и обављених статистичких анализа добијени су резултати који ће бити представљени у даљем раду у складу са постављеним циљевима и хипотезама истраживања.

4.1 ДЕСКРИПТИВНО-СТАТИСТИЧКИ ПОКАЗАТЕЉИ

Основни дескриптивни подаци за Упитник за родитеље (*CEDL*) дати су у Табели 2.

Табела 2. Приказ основних дескриптивних података за Упитник за родитеље (*CEDL*)

	Мин.	Макс.	<i>M</i>	<i>SD</i>	Скјунис	Куртозис
Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима	1,91	5,00	4,07	0,839	-0,845	-0,339
Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности	1,45	5,00	4,15	0,823	-0,920	0,403
Учешће у бризи о себи	1,29	5,00	3,93	1,021	-1,228	0,709

Легенда: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација

Све мере имају вредности скјуниса у границама прихватљивости за нормалну дистрибуцију, што указује на готово симетричан распоред испитиваних димензија. Показатељи куртозиса сугеришу да дистрибуције скорова на скалама Упитника за родитеље углавном не одступају значајно од нормалне.

У следећој табели дат је приказ просечних вредности слагања са тврдњама за све димензије *Упитника за родитеље* у групи деце **типичног развоја** (Табела 3). На нивоу узорка, посматрано у односу на могуће теоријске распоне, процена родитеља је да њихова деца често учествују у породичним, рекреативним, забавним активностима, игри, као и активностима физичке рекреације и да им се те активности заиста допадају. Највише уживају у игрању са децом напољу и у кући, док најређе учествују (па и најмање уживају) у организованим часовима. Када је у питању брига о себи, добијени резултати показују да деца типичног развоја већину активности обављају без помоћи друге особе, али нису успешна или мотивисана да их обављају самостално све време. Изузетак су активности купања, чишћења и уређивања за које је детету потребна помоћ друге особе да би завршило активност.

Табела 3. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце типичног развоја

	М
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.53
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.43
Игрању са одраслима у кући	4.77
Игрању са децом у кући	4.80
Игрању са одраслима напољу	4.67
Игрању са децом напољу	4.97
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.20
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.57
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.43
Забавним активностима ван куће	4.10
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.63
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.50
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.43
Игрању са одраслима у кући	4.87
Игрању са децом у кући	4.87
Игрању са одраслима напољу	4.53
Игрању са децом напољу	4.97
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.27
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	4.03
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.37
Забавним активностима ван куће	4.37
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.57
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	4.70
Храни се кашиком или виљушком	4.53
Пије из флаше или шоље	4.63
Облачи горњи део тела	4.50
Облачи доњи део тела	4.40
Купа се, чисти и уређује	3.33
Користи ношу или тоалет	4.47

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 4. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са сметњама у развоју

	М
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	3.97
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.73
Игрању са одраслима у кући	4.37
Игрању са децом у кући	3.90
Игрању са одраслима напољу	3.80
Игрању са децом напољу	3.80
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	3.27
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.00
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.57
Забавним активностима ван куће	3.43
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.60
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.17
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.90
Игрању са одраслима у кући	4.20
Игрању са децом у кући	4.00
Игрању са одраслима напољу	3.80
Игрању са децом напољу	3.93
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	3.03
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.73
Забавним активностима ван куће	3.53
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.90
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	4.30
Храни се кашиком или виљушком	3.67
Пије из флаше или шоље	4.27
Облачи горњи део тела	3.33
Облачи доњи део тела	3.70
Купа се, чисти и уређује	2.23
Користи ношу или тоалет	2.93

Легенда: М – аритметичка средина

Од понашања која **деца са сметњама у развоју** најчешће испољавају издвајају се играње са одраслима и децом у кући, док су ређе заступљени бојење, читање књига, организовани часови и забавним активностима ван куће. Такође, родитељи су процењивали да њихова деца највише уживају у игрању са одраслима у кући, породичним активностима код куће и игрању са децом у кући, а најмање у активностима као што је бојење, картање, читање књига. Када су у питању активности бриге о себи, резултати показују да су деца са сметњама у развоју најсамосталнија у храњењу храном коју узимају рукама и пијењу из чаше или шоље. Константна помоћ им је потребна при купању и коришћењу тоалета (Табела 4).

Ако ова понашања посматрамо у појединачним групама деце са сметњама у развоју¹, можемо приметити да деца са **поремећајима из спектра аутизма** у готово свим активностима само повремено учествују. Највише уживају у друштвеним активностима и у скоро свим активностима бриге о себи су делимично самостална.

Деца са **церебралном парализом** најчешће учествују у игри са децом и одраслима, али у кућним условима, док у активној физичкој рекреацији и организованим часовима, односно забавним активностима ван куће никад или скоро никад не учествују. Највише уживају у игри, како са децом, тако и са одраслима, али нису у стању да обављају већину активности бриге о себи.

Резултати показују да деца са **Дауновим синдромом** често или веома често учествују у скоро свим породичним, друштвеним и забавним активностима, а најзаступљеније су играње са децом и одраслима. Такође, често учествују у породичним и друштвеним активностима и у томе веома уживају. Показују и висок степен самосталности у активностима бриге о себи као што су узимање хране и пића, али им је потребна асистенција приликом купања и коришћења тоалета.

Деца са **комбинованим сметњама** врло често учествују и уживају у породичним активностима код куће, игрању са одраслима и децом у кући. С друге стране, ретко су укључена у забавне и друштвене активности ван куће и организоване часове, што су активности у којима и најмање уживају. Што се тиче активности бриге о себи, најмање подршке им је потребно приликом исхране и узимања пића, а највише при облачењу и одржавању личне хигијене.

Деца са **сметњама у говору** врло често учествују у породичним и друштвеним активностима, игрању са одраслима у кући и ван куће, али знатно ређе учествују у игри са

¹ Табеле су због прегледности изостављене из приказа у тексту, већ су дате као прилог мастер рада.

децом, као и у забавним активностима. Што се тиче активности бриге о себи, најмање подршке им је потребно приликом исхране и узимања пића, а највише при купању.

Резултати показују да деца са **сметњама вида** врло често учествују у готово свим породичним и друштвеним активностима, игри са одраслима и децом, физичкој рекреацији и забавним активностима и притом показују висок или веома висок степен задовољства. Што се тиче активности бриге о себи, високо су самостални у погледу исхране и узимања пића, а највише помоћи им је потребно при купању и коришћењу тоалета.

Деца са **дисхармоничним развојем** укључена су у скоро све породичне и забавне активности, а повремено учествују у активностима као што су бојење, картање, читање књига и организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље и сл. Највише уживају у породичним активностима и физичкој рекреацији. У активностима бриге о себи делимично им је потребна подршка, а најмање су самостални када је у питању облачење и одржавање личне хигијене.

Основни дескриптивни подаци за делове Упитника за васпитаче (*ClaMEISR*) који се односе на функционисање деце у оквиру рутине у предшколским установама дати су у Табели 5.

Табела 5. Приказ основних дескриптивних података за Упитник за васпитаче (*ClaMEISR*)

	Мин.	Макс.	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Скјунис</i>	<i>Куртозис</i>
Долазак у вртић	1,06	3,00	2,19	0,553	-0,346	-0,779
Слушање музике	1,00	3,00	2,01	0,578	-0,040	-1,201
Купатило	1,00	3,00	2,17	0,528	-0,543	-0,332
Напољу	1,17	3,00	2,27	0,459	-0,419	-0,479
Прање руку	1,00	3,00	2,29	0,609	-0,656	-0,637
Усмерене активности	1,17	3,00	2,32	0,571	-0,457	-0,886
Оброци/ужине	1,05	3,00	2,23	0,537	-0,597	-0,654
Рад у малој групи	1,00	3,00	2,12	0,648	-0,285	-1,200
Прање зуба	1,00	3,00	2,03	0,709	-0,171	-1,384
Причање прича	1,00	3,00	1,97	0,524	0,116	-0,773
Спавање	1,00	3,00	2,22	0,607	-0,130	-1,199
Слободна игра	1,00	3,00	2,06	0,583	0,005	-1,174
Одлазак из вртића	1,18	3,00	2,27	0,485	-0,325	-0,709

Легенда: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација

Све мере имају вредности скјуниса у границама прихватљивости за нормалну дистрибуцију, што указује на готово симетричан распоред испитиваних димензија. Показатељи куртозиса сугеришу да дистрибуције скорова на скалама Упитника за васпитаче углавном не одступају значајно од нормалне.

У следећој табели дат је приказ просечних вредности слагања са тврдњама за све димензије *Упитника за васпитаче* у групи деце **типичног развоја** (Табела 6).

Табела 6. *Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце типичног развоја*

	<i>М</i>
Долазак у вртић	2.50
Слушање музике	2.36
Купатило	2.49
Напољу	2.53
Прање руку	2.66
Усмерене активности	2.71
Оброци/ужине	2.58
Рад у малој групи	2.55
Прање зуба	2.51
Причање прича	2.27

Легенда: М – аритметичка средина

На нивоу узорка деце типичног развоја, с обзиром на теоријске распоне, васпитачи процењују да се већина понашања везана за функционисање деце у предшколским установама појављује понекад. Готово сва деца често или увек препознају особу која долази по њих (98,3%). Код више од две трећине деце доследно су присутна следећа понашања и способности: самосталан улазак у зграду вртића, седење на wc шољи, играње предметима у песку најмање пет минута, ходање или другачије самостално кретање, трчање, прљање руку у току игре, спуштање низ тобоган, шутирање лопте, одлазак до лавабоа, кретање до круга без проблема, узимање пића из чаше, бирање играчака за игру, самоницијативно одлажење до возила, напуштање собе или игралишта без проблема.

Када су у питању **деца са сметњама у развоју**, укљученост у васпитно-образовну установу анализирана је на нивоу целе групе (Табела 7) и у односу на врсту сметње.

Табела 7. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са сметњама у развоју

	<i>М</i>
Долазак у вртић	1.88
Слушање музике	1.67
Купатило	1.86
Напољу	2.02
Прање руку	1.91
Усмерене активности	1.93
Оброци/ужине	1.88
Рад у малој групи	1.69
Прање зуба	1.55
Причање прича	1.67

Легенда: М – аритметичка средина

Из Табеле 7 може се приметити да се већина понашања која су везана за функционисање у предшколској установи углавном није појавила код деце са сметњама у развоју, а посебно се издвајају понашања при прању зуба, причању прича и слушању музике. Изузетак су активности које се одвијају напољу (трчање, шутирање лопте и сл.) која се понекад појављују код деце.

Поменута понашања анализирана су и у групама деце са специфичним сметњама. Тако нпр. код деце са **поремећајем из аутистичног спектра** запажа се да се многе групе понашања још увек нису појавиле, а то се доминантно односи на она понашања у којима је неопходно коришћење говора. Међутим, више од половине њих доследно обавља појединачне активности као што су скидање јакне, играње без плакања када родитељ оде, самостално улажење у зграду вртића, учествовање у групном одласку у тоалет, прање руке уз асистенцију, седење на wc шољи, одлазак до лавабоа, коришћење сапуна, играње предметима у песку најмање пет минута, играње у води, прањење упутстава. Готово сви самостално ходају и трче и препознају особу која долази по њих, али је у великој мери присутно и репетитивно играње играчкама и игра без друге деце (Табела 8).

Табела 8. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са поремећајима из аутистичног спектра

	<i>М</i>
Долазак у вртић	1.78
Слушање музике	1.54
Купатило	1.94
Напољу	1.99
Прање руку	1.79

Усмерене активности	1.84
Оброци/ужине	1.76
Рад у малој групи	1.62
Прање зуба	1.56
Причање прича	1.53

Легенда: М – аритметичка средина

За децу са **церебралном парализом** карактеристично је да се одређена понашања (долазак у вртић, рад у малој групи, усмерене активности, понашања при узимању obroка) јављају понекад. Понашања и активности које захтевају развијене моторичке способности се углавном нису појавила (учешће у активностима напољу, прање зуба и руку). Као најчешће карактеристично понашање издвојило се седење поред другова не сметајући им и напуштање собе или игралишта без проблема (Табела 9).

Табела 9. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са церебралном парализом

	М
Долазак у вртић	2.00
Слушање музике	1.64
Купатило	1.68
Напољу	1.55
Прање руку	1.59
Усмерене активности	1.92
Оброци/ужине	2.08
Рад у малој групи	2.20
Прање зуба	1.45
Причање прича	2.07

Легенда: М – аритметичка средина

Скоро сва деца са **Дауновим синдромом** у оквиру предшколске установе доследно испољавају следећа понашања: пијење из чаше или шоље, прљање руку у току игре, шутирање лопте, бацање лопте са обе руке истовремено, коришћење речи или геста, коришћење сапуна, чекање у реду колико је потребно. Сви препознају особу која долази по њих. Међутим, активности које захтевају поштовање редоследа више активности или развој финих моторичких способности (прање зуба, употреба тоалета, прање руку), још увек се нису појавиле (Табела 10).

Табела 10. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са Дауновим синдромом

	<i>М</i>
Долазак у вртић	2.03
Слушање музике	1.70
Купатило	1.80
Напољу	2.37
Прање руку	1.88
Усмерене активности	2.00
Оброци/ужине	2.08
Рад у малој групи	2.03
Прање зуба	1.51
Причање прича	1.89

Легенда: М – аритметичка средина

Код деце са **комбинованим сметњама** сва понашања су недовољно развијена. Услед недовољно развијених свих способности, доминантно изостају понашања везана за прање зуба, слушање музике, рад у малој групи и сл., односно за које је неопходно разумевање и праћење упутстава, извршавање више налога и употреба финих моторичких способности (Табела 11).

Табела 11. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са комбинованим сметњама

	<i>М</i>
Долазак у вртић	1.39
Слушање музике	1.17
Купатило	1.36
Напољу	1.69
Прање руку	1.23
Усмерене активности	1.28
Оброци/ужине	1.50
Рад у малој групи	1.20
Прање зуба	1.07
Причање прича	1.44

Легенда: М – аритметичка средина

Код деце са **сметњама у говору** готово сва понашања у предшколској установи јављају се понекад (Табела 12). У највећој мери су присутна следећа понашања: играње без плакања када родитељ оде, самосталан улазак у зграду вртића, стављање предмета на полицу, имитирање покрета, тапшање уз музику или аплауз, седење на wc шољи, ходање, шутирање и хватање лопте, стајање и чекање у реду, скидање и облачење јакне, праћење

упутстава, гледање у сликовнице и бирање играчака. Као што је и очекивано, најређе се појављују она понашања у којима је неопходна употреба говора (рад у малој групи, причање прича).

Табела 12. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са сметњама у говору

	<i>М</i>
Долазак у вртић	2.43
Слушање музике	2.25
Купатило	2.28
Напољу	2.56
Прање руку	2.69
Усмерене активности	2.53
Оброци/ужине	2.21
Рад у малој групи	1.92
Прање зуба	2.14
Причање прича	1.93

Легенда: М – аритметичка средина

Код деце са **сметњама вида** готово сва понашања у предшколској установи јављају се понекад (Табела 13). Најчешћа су прање руку и употреба тоалета, док се најређе појављују рад у малој групи и причање прича.

Табела 13. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са сметњама вида

	<i>М</i>
Долазак у вртић	2.16
Слушање музике	2.22
Купатило	2.28
Напољу	2.16
Прање руку	2.48
Усмерене активности	2.17
Оброци/ужине	2.12
Рад у малој групи	1.87
Прање зуба	2.17
Причање прича	1.84

Легенда: М – аритметичка средина

Код деце са **дисхармоничним развојем** понашања у предшколској установи се још увек нису јавила (Табела 14). Ипак поједина деца понекад испољавају понашања везана за боравак напољу и усмерене активности.

Табела 14. Приказ просечних вредности одговора за димензије Упитника за васпитаче у групи деце са дисхармонијом у развоју

	<i>М</i>
Долазак у вртић	1.47
Слушање музике	1.36
Купатило	1.54
Напољу	1.90
Прање руку	1.77
Усмерене активности	1.94
Оброци/ужине	1.67
Рад у малој групи	1.26
Прање зуба	1.07
Причање прича	1.31

Легенда: М – аритметичка средина

У следећој табели дат је приказ основних дескриптивно-статистичких показатеља за Упитник за процену квалитета породичног живота. Подаци указују да дистрибуција скорова на упитнику не одступа значајно од нормалне. У односу на могуће теоријске распоне (мин. 40, макс. 200), на целокупном узорку испитаника добијени су скорови који се крећу око умерено високих вредности, што указује на врло добар квалитет живота у породицама.

Табела 15. Приказ основних дескриптивних података за Упитник за процену квалитета породичног живота

	Мин.	Макс.	<i>М</i>	<i>SD</i>	<i>Скјунис</i>	<i>Куртозис</i>
Укупан скор	99,00	192,00	154,67	26,670	-0,339	-0,995

Легенда: М – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

Када се детаљније анализирају резултати на нивоу групе родитеља деце са сметњама у развоју, може се приметити да као најповољније аспекте породичног живота оцењују: време проведено са својим дететом и прихваћеност у заједници на религијској основи, затим комуникацију унутар породице, као и комуникацију и односе са блиским људима из окружења (Табела 16).

Табела 16. Тврдње везане за процену квалитета породичног живота са највишим степеном слагања

Тврдње са највећим степеном слагања (оцена 5 – одлично)	п	%
Наша породица заједнички решава проблеме.	12	40,0
Комуникација унутар наше породице је одлична.	15	50,0
Односи наше породице са широм породицом су одлични.	13	43,3

Комуникација наше породице са пријатељима и осталима је одлична.	14	46,7
Како се наша породица дружи са другима.	14	46,7
Време наше породице проведено са нашим дететом	16	53,3
Колико смо добродошли у нашој заједници на религијској основи	16	53,3

Легенда: n – број испитаника

Квалитет породичног живота посматрали смо и у односу на врсту сметње коју дете има, а добијени резултати приказани су у наредним табелама.

Табела 17. Тврдње везане за процену квалитета породичног живота са највишим степеном слагања у групи деце са поремећајима из аутистичног спектра

Тврдње са највећим степеном слагања (оцена 5 – одлично)	n	%
Знање наше породице о родитељству је одлично.	5	62,5
Знање наше породице о томе шта радимо када наше дете има изазове у понашању.	4	50,0
Време наше породице проведено са нашим дететом	4	50,0
Запослење најмање једне одрасле особе у нашој породици	4	50,0
Степен слагања између одраслих чланова породице у вези са прихватљивим родитељским приступом	4	50,0

Легенда: n – број испитаника

Када су у питању породице деце са поремећајима из аутистичног спектра можемо закључити да су родитељи најпозитивније процењивали знање породице о родитељству, васпитним поступцима и реакцијама на дететово понашање. Такође, високим оценама су проценили време проведено са својим дететом и ситуацију по питању запослења одраслих чланова породице (Табела 17).

Табела 18. Тврдње везане за процену квалитета породичног живота са највишим степеном слагања у групи деце са Дауновим синдромом

Тврдње са највећим степеном слагања (оцена 5 – одлично)	n	%
Време наше породице проведено са нашим дететом	4	80,0
Способност нашег детета да се дружи са својом браћом/сестрама	4	80,0
Наше дете је у стању да заспи самостално и остане да спава.	4	80,0

Легенда: n – број испитаника

Што се тиче породица у којима одрастају деца са Дауновим синдромом резултати показују да се у њима најпозитивније оцењује време проведено са дететом, али и неки

аспекти функционисања детета у оквиру породице, као што су високо развијена способност да се дружи са браћом и сестрама и спавање (Табела 18).

Табела 19. Тврдње везане за процену квалитета породичног живота са највишим степеном слагања у групи деце са комбинованим сметњама

Тврдње са највећим степеном слагања (оцена 5 – одлично)	n	%
Наша породица заједнички решава проблеме.	3	100,0
Комуникација унутар наше породице је одлична.	3	100,0
Односи наше породице са широм породицом су одлични.	3	100,0
Комуникација наше породице са пријатељима и осталима је одлична.	3	100,0
Како се наша породица дружи са другима.	3	100,0
Колико смо добродошли у нашој заједници на религијској основи	3	100,0
Способност нашег детета да се дружи са својом браћом/сестрама	3	100,0
Наше дете је у стању да заспи самостално и остане да спава.	3	100,0

Легенда: n – број испитаника

У породицама деце са комбинованим сметњама може се приметити да као најповољније аспекте породичног живота оцењују: време проведено са својим дететом и прихваћеност у заједници на религијској основи, затим комуникацију унутар породице, као и комуникацију и односе са блиским људима из окружења (Табела 19).

Табела 20. Тврдње везане за процену квалитета породичног живота са највишим степеном слагања у групи деце са сметњама вида

Тврдње са највећим степеном слагања (оцена 5 – одлично)	n	%
Комуникација наше породице са пријатељима и осталима је одлична.	3	100,0
Како се наша породица дружи са другима.	3	100,0

Легенда: n – број испитаника

Код породицама деце са сметњама вида резултати показују да се као најповољнији аспекти породичног живота оцењују комуникација и дружење породице са блиским људима из окружења (Табела 20).

Табела 21. Тврдње везане за процену квалитета породичног живота са највишим степеном слагања у групи деце са дисхармоничним развојем

Тврдње са највећим степеном слагања (оцена 5 – одлично)	n	%
Информације које наша породица има о развоју детета.	3	100,0

Легенда: n – број испитаника

Родитељи деце дисхармоничног развоја највише задовољства су показали по питању информација које породица има о развоју детета (Табела 21).

4.2 РАЗЛИКЕ У КВАЛИТЕТУ УКЉУЧЕНОСТИ У ВАСПИТНО-ОБРАЗОВНИ ПРОЦЕС ИЗМЕЂУ ГРУПА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И ДЕЦЕ ТИПИЧНОГ РАЗВОЈА

Како бисмо испитали да ли постоје разлике у квалитету укључености у васпитно-образовни процес између група деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја, спроведен је т-тест за процену статистичке значајности разлике између аритметичких средина на димензијама упитника за васпитаче (Табела 22).

Табела 22. *Значајност разлика у квалитету укључености у васпитно-образовни процес код деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја*

Варијабла	Група	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Разлика <i>M</i>	Вредност <i>t</i> статистика
Долазак у вртић	Деца са сметњама	30	1,88	0,522	-0,62	-5,182**
	Деца типичног развоја	30	2,49	0,392		
Слушање музике	Деца са сметњама	30	1,67	0,472	-0,69	-5,831**
	Деца типичног развоја	30	2,36	0,453		
Купатило	Деца са сметњама	30	1,85	0,490	-0,63	-5,753**
	Деца типичног развоја	30	2,49	0,347		
Напољу	Деца са сметњама	30	2,02	0,453	-0,51	-5,161**
	Деца типичног развоја	30	2,53	0,298		
Прање руку	Деца са сметњама	30	1,91	0,577	-0,75	-6,042**
	Деца типичног развоја	30	2,66	0,362		
Усмерене активности	Деца са сметњама	30	1,93	0,488	-0,78	-7,198**
	Деца типичног развоја	30	2,75	0,335		
Оброци/ужине	Деца са сметњама	30	1,88	5,17	-0,70	-6,631**
	Деца типичног	30	2,58	2,595		

	развоја					
Рад у малој групи	Деца са сметњама	30	1,69	0,555	-0,86	-6,805**
	Деца типичног развоја	30	2,55	0,409		
Прање зуба	Деца са сметњама	30	1,55	0,584	-0,96	-7,101**
	Деца типичног развоја	30	2,51	0,455		
Причање прича	Деца са сметњама	30	1,67	0,439	-0,59	-5,371**
	Деца типичног развоја	30	2,27	0,423		
Спавање	Деца са сметњама	30	1,98	0,553	-0,46	-3,161**
	Деца типичног развоја	30	2,45	0,578		
Слободна игра	Деца са сметњама	30	1,67	0,456	-0,78	-6,944**
	Деца типичног развоја	30	2,45	0,412		
Одлазак из вртића	Деца са сметњама	30	2,02	0,473	-0,51	-4,775**
	Деца типичног развоја	30	2,53	0,346		

Легенда: М – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

Ниво значајности: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Добијени резултати показују да између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоје статистички значајне разлике у свим аспектима функционисања у предшколској установи. Притом код деце са сметњама у развоју се појавио значајно мањи број понашања у односу на децу типичног развоја, односно нека понашања се још увек нису појавила ($p < 0,001$). То се у највећој мери односи на развој говора (код деце са сметњама у развоју присутне су и тешкоће у говорном развоју) и отежану комуникацију са другом децом и васпитачима, слаба иницијатива у одабиру активности у оквиру предшколске установе, мања самосталност у обављању активности одржавања личне хигијене, тешкоће у праћењу групних усмерених активности.

Коришћењем т-теста испитане су и разлике на димензијама упитника за родитеље које процењују функционисање деце у свакодневном животу, а резултати су приказани у Табели 23.

Табела 23. *Значајност разлика у квалитету функционисања у свакодневном животу код деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја*

Варијабла	Група	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Разлика <i>M</i>	Вредност <i>t</i> статистика
Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима	Деца са сметњама	30	3,67	0,905	0,79	-4,092**
	Деца типичног развоја	30	4,46	0,542		
Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности	Деца са сметњама	30	3,77	0,841	0,75	-3,928**
	Деца типичног развоја	30	4,52	0,618		
Учешће у бризи о себи	Деца са сметњама	30	3,49	0,993	0,88	-3,656*
	Деца типичног развоја	30	4,37	0,858		

Легенда: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација
Ниво значајности: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Добијени резултати показују да између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоје статистички значајне разлике у свим аспектима функционисања у свакодневном животу на основу процене родитеља. И у овом случају деца са сметњама у развоју статистички значајно ређе учествују у породичним и рекреативним активностима ($p < 0,001$), слабије у њима уживају ($p < 0,001$) и при обављању активности бриге о себи им је потребна већа помоћ ($p < 0,05$) у поређењу са децом типичног развоја.

4.3 РАЗЛИКЕ У КВАЛИТЕТУ ЖИВОТА ПОРОДИЦА ИЗМЕЂУ ГРУПА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И ДЕЦЕ ТИПИЧНОГ РАЗВОЈА

У циљу иситивања разлика у квалитету живота породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја примењен је такође т-тест (Табела 24).

Табела 24. *Значајност разлика у квалитету живота породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја*

Варијабла	Група	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Разлика <i>M</i>	Вредност <i>t</i> статистика
Квалитет живота породице	Деца са сметњама	30	138,13	24,021	-33,07	-6,100**
	Деца типичног развоја	30	171,20	17,452		

Легенда: *M* – аритметичка средина; *SD* – стандардна девијација
Ниво значајности: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Добијени резултати показују да између породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоји статистички значајна разлика у квалитету породичног живота, при чему се значајно већи квалитет примећује код породица деце типичног развоја ($p < 0,001$).

4.4 ОДНОС КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ПОРОДИЦЕ И КВАЛИТЕТА ДЕЧЈЕ УКЉУЧЕНОСТИ У ВАСПИТНО-ОБРАЗОВНИ ПРОЦЕС

За потребе утврђивања повезаности између квалитета живота породице деце са сметњама у развоју и квалитета дејје укључености у васпитно-образовни процес израчунати су Пирсонови коефицијенти корелације између наведених варијабли (Табела 25).

Табела 25. Пирсонов коефицијент корелације између квалитета живота породице и квалитета дејје укључености у васпитно-образовни процес

Квалитет дејје укључености	Квалитет живота породице
Долазак у вртић	0,242
Слушање музике	0,143
Купатило	0,176
Напољу	0,401*
Прање руку	0,091
Усмерене активности	0,089
Оброци/ужине	0,167
Рад у малој групи	0,197
Прање зуба	0,221
Причање прича	0,262
Спавање	0,126
Слободна игра	0,139
Одлазак из вртића	0,141

Ниво значајности: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Добијени резултати показују да статистички значајна корелација постоји једино између активности које дете обавља напољу и квалитета живота породица деце са сметњама у развоју ($p < 0,05$). Утврђена је умерена позитивна корелација, што значи да бољи квалитет живота прати појава већег броја понашања која су везана за активности напољу.

4.5 КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ПОРОДИЦА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И СОЦИО-ДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ

У циљу испитивања полних разлика у квалитету живота породице деце са сметњама у развоју примењен је т-тест. Резултати показују да између очева и мајки деце са сметњама у развоју не постоје статистички значајне разлике када је у питању процена квалитета живота њихове породице.

Табела 26. *Значајност разлика у квалитету живота породица деце са сметњама у развоју код мушких и женских испитаника*

Варијабла	Пол	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Разлика М	Вредност <i>t</i> статистика
Квалитет живота породице	мушки	3	148,00	46,701	10,96	0,744
	женски	27	137,04	21,525		

Легенда: М – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

За испитивање односа између старости родитеља деце са сметњама у развоју и квалитета живота породице коришћен је Пирсонов коефицијент корелације, а добијени налази указују да ове две варијабле нису статистички значајно повезане (Табела 27).

Табела 27. *Пирсонов коефицијент корелације између квалитета живота породице и старости родитеља*

	Квалитет живота породице
Старост родитеља	-0,147

Анализиране су и разлике у квалитету живота породица деце са сметњама у развоју у односу на степен стручне спреме, брачно стање родитеља и степен тешкоће коју дете има (изолована или комбинована). За обраду података коришћена је једнострана анализа варијансе (АНОВА). Статистички значајне разлике нису добијене, а због прегледности рада табеле су изостављене из приказа.

5. Дискусија

Спровођењем овог истраживања желели смо да испитамо квалитет децје укључености у васпитно-образовни процес и да утврдимо квалитет живота породице. Дакле, питање на које смо покушали да одговоримо истраживањем јесте у каквом су односу квалитет децје укључености у васпитно-образовни процес и квалитет живота чланова породица деце са сметњама у развоју.

Изостајање очекиваног одговора детета на стимулацију покреће у родитељима разна осећања и тумачења, што може довести до смањивања интензитета стимулације, а временом и до све сиромашније размене између детета и родитеља (Матијевић и сар., 2010). Деца са сметњама у развоју су под ризиком да због својих ограничења буду извор стреса за своје родитеље, захтевајући од њих да прихвате њихову различитост и да мењају сопствене конструкте о себи и животу.

Када се дете са тешкоћама у развоју образује заједно са децом типичне популације, њему се пружа могућност да буде прихваћено на основу својих квалитета (Марков и Адамов, 2008). Дете са сметњама у развоју, без обзира на то колике су његове когнитивне, физичке, социјалне или емоционалне могућности, добија прилику да живи квалитетнијим животом у друштву својих вршњака.

На пригодном узорку од 60 испитаника спроведено је истраживање чији су циљеви били испитивање квалитета децје укључености у васпитно-образовни процес и квалитета живота породице деце са сметњама у развоју. У следећем делу рада добијени резултати биће интерпретирани у односу на теорију, као и хипотезе изнете у методолошком делу рада.

5.1 КВАЛИТЕТ ЖИВОТА У ПОРОДИЦАМА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ

Када се детаљније анализирају резултати на нивоу групе родитеља деце са сметњама у развоју, може се приметити да као најповољније аспекте породичног живота оцењују: време проведено са својим дететом и прихваћеност у заједници на религијској основи, затим комуникацију унутар породице, као и комуникацију и односе са блиским људима из окружења. На основу резултата стиче се утисак да се породице деце са сметњама у развоју

највише цене време проведено са својим дететом, као и да негују и одржавају квалитетне везе са особама из свог блиског окружења.

Може се претпоставити да јаке позитивне емоције које већина родитеља осећа према детету, а такође и позитивна размишљања и родитељска искуства са дететом делују као протективни фактор и поспешују родитељску способност да превладавају сазнање да њихово дете има сметње у развоју (Boström et al., 2010).

Међу родитељима постоје и мале разлике по питању различитих аспеката квалитета живота у односу на врсту сметње коју дете има. Тако су родитељи деце са поремећајима из спектра аутизма најпозитивније процењивали своје знање о васпитним поступцима и начинима реаговања на понашање свог детета. Будући да деца са аутизмом и сродним поремећајима тешко регулишу своје емоције и често показују неадекватне обрасце понашања, родитељи су вероватно стекли искуство у реаговању на такве ситуације, те су и задовољни својим знањем у тој области. С друге стране, родитељи деце са Дауновим синдромом најпозитивније оцењује време проведено са дететом, али и неке аспекти функционисања детета у оквиру породице, као што су високо развијена способност да се дружи са браћом и сестрама или спавање. То наводи на закључак да се у породицама деце са овом врстом сметње инсистира на развоју функционалности и социјалним односима детета.

5.2 УКЉУЧЕНОСТ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У ВАСПИТНО-ОБРАЗОВНИ ПРОЦЕС

Добијени резултати показали су да се већина понашања везана за функционисање деце у предшколским установама појављује понекад. Готово сва деца често или увек препознају особу која долази по њих (98,3%). Код више од две трећине деце доследно су присутна понашања која се односе на самосталан улазак у вртић. Велика већина деце има развијене способности грубе моторике (самостално ходање и трчање, шутирање лопте, кретање у простору за игру), као и способности самосталног узимања пића.

Када су у питању деца са сметњама у развоју, присутне су одређене специфичности у односу на врсту сметње.

Тако код деце са поремећајем из аутистичног спектра готово сви самостално ходају и трче и препознају особу која долази по њих, али је у великој мери присутно и репетитивно играње играчкама и игра без друге деце. Дакле, клиничка слика самог поремећаја испољава се и у предшколској установи. За децу са церебралном парализом као најчешће карактеристично понашање издвојило се седење поред другова не сметајући им, што је

вероватно последица њихове ограничене способности кретања. Скоро сва деца са Дауновим синдромом у оквиру предшколске установе доследно испољавају понашања која се односе на вођење бриге о себи и имају добро развијене моторичке способности. Деца са сметњама у говору у највећој мери су присутна следећа понашања: играње без плакања када родитељ оде, самосталан улазак у зграду вртића, стављање предмета на полицу, имитирање покрета, тапшање уз музику или аплауз, седење на wc шољи, ходање, шутирање и хватање лопте, стајање и чекање у реду, скидање и облачење јакне, праћење упутстава, гледање у сликовнице и бирање играчака.

5.3 РАЗЛИКЕ У УКЉУЧЕНОСТИ У ВАСПИТНО-ОБРАЗОВНИ ПРОЦЕС ИЗМЕЂУ ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И ДЕЦЕ ТИПИЧНОГ РАЗВОЈА

Резултати добијени у нашем истраживању говоре у прилог томе да између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоје статистички значајне разлике у свим аспектима функционисања у свакодневном животу на основу процене родитеља. Показало се да деца са сметњама у развоју статистички значајно ређе учествују у породичним и рекреативним активностима и да слабије уживају у њима у поређењу са децом типичног развоја. Такође, при обављању активности бриге о себи им је потребна већа помоћ. Овакви резултати су у складу са очекивањима и подацима из литературе који указују да нивои учествовања детета у друштву, очекивани за узраст и културу којој припадају, због присутних ограничења, као и карактеристика средине, могу бити знатно смањени (Матијевић и сар., 2010).

У одређеном периоду развоја дете треба да савлада стадијуме. Међутим, код неке деце постоји заостајање у извршавању одређених активности. Разумевање и мишљење, које се у нормалном развоју јавља од друге године живота, често није присутно ни на старијем узрасту и дете не уме на прави начин да разуме свет који га окружује (Повше-Ивкић и Тркуља, 2016). Због тога му је потребна помоћ коју му може пружити стручно лице уз веће ангажовање родитеља. Постизање оптималних развојних исхода зависи од способности родитеља да адекватно одговоре на њихове потребе у различитим фазама развоја детета. Од родитеља се очекује да се мењају током тог процеса и прилагођавају потребама како би омогућили детету да достигне развојне исходе, то захтева и функционалну усклађеност између функционисања породице и потреба детета. Савремено схватање родитељства полази од тога да потребе детета треба ставити у средиште и водити се тиме шта је деци потребно и

које су могуће последице уколико на те потребе није одговорено на адекватан начин или нису задовољене (Митић, 2011).

У складу са очекивањима, налази спроведеног истраживања показују да између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоје статистички значајне разлике у свим аспектима функционисања у предшколској установи. Притом код деце са сметњама у развоју се појавио значајно мањи број понашања у односу на њихове вршњаке типичног развоја, односно нека понашања се још увек нису појавила. Највеће тешкоће деца са сметњама у развоју показују приликом остваривања социјалних интеракција са другом децом и васпитачима, а такође су и недовољно самостална у обављању многих активности у оквиру предшколске установе. Имајући у виду присуство тешкоћа код деце у различитим аспектима развоја, очекивано је кашњење у остваривању развојних задатака. Та одступања се преносе и на активности у предшколској установи које дете теже савладава или му је при њиховом обављању потребна додатна подршка.

5.4 РАЗЛИКЕ У КВАЛИТЕТУ ПОРОДИЧНОГ ЖИВОТА ИЗМЕЂУ ПОРОДИЦА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И ДЕЦЕ ТИПИЧНОГ РАЗВОЈА

Када је у питању квалитет живота, добијени резултати показују да је у породицама деце са сметњама у развоју он значајно нижи него у породицама деце типичног развоја. И овај налаз потврђује постављену хипотезу и у складу је са резултатима претходно спроведених истраживања. Наиме, одгајање детета са сметњама у развоју представља велики изазов за већину породица и може да има последице не само за дететово функционисање већ и за функционисање целе породице током дужег периода времена (Lin, 2000; Raina et al., 2005). Рођење детета са сметњама у развоју може да поремети уравнотежено стање породичне заједнице. Иако само један члан породице може да има неку форму „инвалидитета“, погођени су сви њени чланови.

Изазови који се постављају пред породицу која подиже дете са сметњама у развоју односе се како на физичке захтеве у вези са појачаном потребом за бригом о детету, али и на захтеве на емоционалном нивоу, због изузетно тешких емоција које родитељи доживљавају. Родитељи морају да се суоче са сазнањем о тешкоћама везаним за дететово стање, али и да мењају своја очекивања која су градили о детету, од оних које представљају савршено дете на она очекивања која уважавају реалност да дете има одређене потешкоће које ометају његов развој. То није једноставан и краткотрајан процес, а у литератури се често означава као „туговање због губитка савршеног детета” (Marvin & Pianta, 1996).

Како се дете развија, породице морају да превладавају дугорочну несигурност у погледу садашњег и будућег функционисања свог детета, али и породице као целине (Kazak & Marvin, 1984). Дететова сметња у развоју је тријадно искуство, које укључује троструке интеракције између детета које има сметње, породице која је тиме погођена и спољашњег окружења (Falik, 1995).

5.5 ОДНОС ИЗМЕЂУ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА У ПОРОДИЦАМА ДЕЦЕ СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ И КВАЛИТЕТА ДЕЧЈЕ УКЉУЧЕНОСТИ У ВАСПИТНО-ОБРАЗОВНИ ПРОЦЕС

У истраживању смо испитивали и однос између квалитета живота у породицама деце са сметњама у развоју и квалитета децје укључености у васпитно-образовни процес. Добијени резултати показују да статистички значајна корелација постоји једино између активности које дете обавља напољу и квалитета живота породица деце са сметњама у развоју. Наиме, бољи квалитет живота прати појава већег броја понашања која су везана за активности напољу. Овај резултат само делимично потврђује постављену хипотезу да ће квалитет живота породице бити повезан са свим доменима понашања детета у предшколској установи.

Истраживањем такође нисмо потврдили хипотезе о постојању разлика у квалитету живота породице с обзиром на неке социо-демографске карактеристике. Могуће објашњење за то је мали узорак испитаника.

6. Закључак

На основу анализе и дискусије резултата истраживања, а у складу са постављеним хипотезама истраживања износимо следеће закључке.

Резултати нашег истраживања потврдили су хипотезу да између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоје статистички значајне разлике у свим аспектима функционисања у предшколској установи. Код деце са сметњама у развоју се појавио значајно мањи број понашања у односу на децу типичног развоја, односно нека понашања се још увек нису појавила. Деца са сметњама у развоју показују тешкоће у остваривању

комуникације и социјалним интеракцијама са васпитачима и другом децом,, показало се да им је у обављању многих активности из домена бриге о себи неопходна подршка одраслих. Њихови вршњаци типичног развоја ,према резултатима, показују виши степен самосталности. То се у највећој мери односи на развој говора (код деце са сметњама у развоју присутне су и тешкоће у говорном развоју) и отежану комуникацију са другом децом и васпитачима, слаба иницијатива у одабиру активности у оквиру предшколске установе, мања самосталност у обављању активности одржавања личне хигијене (прање руку и зуба, облачење, храњење), као и тешкоће у праћењу групних усмерених активности. На основу добијених налаза можемо закључити да је потребна додатна стимулација деце са сметњама у развоју у оквиру предшколске установе како би остварили што већи ниво функционалности у свакодневном животу.

Резултати истраживања потврђују и хипотезу да између деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја постоје статистички значајне разлике у свим аспектима функционисања у свакодневном животу на основу процене родитеља. Деца са сметњама у развоју статистички значајно ређе учествују у породичним и рекреативним активностима, слабије у њима уживају и при обављању активности бриге о себи им је потребна већа помоћ у поређењу са децом типичног развоја;

Потврђена је и хипотеза о постојању разлика у квалитету живота породице између група породица деце са сметњама у развоју и деце типичног развоја. Добијени резултати показују да је у породицама деце са сметњама у развоју он значајно нижи него у породицама деце типичног развоја. Међутим, и поред тога што је квалитет живота ових породица генерално нижи, неким аспектима породице деце са сметњама придају већи значај. На пример, они највише цене време проведено са својим дететом, а исто тако негују и одржавају квалитетне везе са особама из свог блиског окружења. Дакле, одржавање добрих породичних односа и адекватна социјална подршка могу допринети повећању квалитета живота свих чланова породице у којој одраста дете са сметњама у развоју.

Претпоставили смо да ће квалитет живота породице бити оцењен као повољнији у ситуацији када је виши квалитет укључености детета у васпитно образовни процес. Добијени резултати су то делимично потврдили. Бољи квалитет живота породице прати појава већег броја понашања која су везана за активности које се у оквиру предшколске установе спроводе напољу, док у осталим аспектима није добијена статистички значајна корелација.

Ограничења и допринос истраживања

Након анализе резултата потребно је истаћи одређена ограничења овог истраживања. Највећа ограничења спроведеног истраживања односе се на величину узорка. Узорак је репрезентативан, али што се адекватности тиче свакако да је боље будућа истраживања оваквог типа урадити на већем доступном узорку. Може се рећи да ограничења постоје и у вези са интерпретацијом резултата. Само извођење закључака додатно је отежано и чињеницом да у нашој средини не постоје истраживања у овој области са којима би се резултати добијени у овом истраживању упоређивали и дискутовали. На крају, будућа истраживања би било пожељно организовати као лонгитудинална, тако да се могу пратити ефекти укључености детета са сметњама у развоју у васпитно-образовни процес, као и допринос интервенција које у оквиру предшколских установа спроводе васпитачи и стручни сарадници.

Допринос спроведеног истраживања огледа се и у томе што је емпиријски потврђена неопходност спровођења мера подршке породицама деце са сметњама у развоју. Циљ програма би био да породице ојачају своје капацитете да се носе са свакодневним стресом одгајања детета са сметњама. Програми подршке би требало да ојачају родитељске компетенције и редукују родитељски стрес упућивањем на активан социјални живот и промовисањем резилијентног функционисања када су родитељи суочени са потешкоћама у функционисању. Такви програми би требало да промене могућности излагања социјалним околностима које могу бити штетне за психолошко благостање родитеља.

Литература

1. Ackerman, N. (1966). *Psihodinamika porodičnog života*. Beograd: Prosveta.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*.
3. Axelsson, A. K. (2014). *Children with profound intellectual and multiple disabilities and their participation in family activities*. Doctoral dissertation. Jönköping: School of Health Sciences, University.
4. Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., & Fialka, J. (2003). Building new dreams: supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants and Young Children*, 16, 184-200.
5. Богдановић, Р. (2016). Биолошки механизми утицаја социјалних детерминанти на здравље. *Зборник предавања*. Педијатријска школа Србије, XIX семинар, 5-11. јуни 2016, Удружење педијатара Србије.
6. Boivin, M. & Bierman, K. L. (2014). *Promoting School Readiness and Early Learning*. NY: Guilford Press.
7. Boström, P. K., Broberg, M., & Hwang, P. (2010). Parents' descriptions and experiences of young children recently diagnosed with intellectual disability. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 93-100.
8. Виденовић, И., Колар, Д. (2005). *Ментална хигијена*. Београд.
9. Вулфолк, А., Хјуз, М., Волкап, В. (2014). *Психологија у образовању, том 1*. Београд: Клио.
10. Goldner-Vukov, M. (1988). *Porodica u krizi*. Beograd - Zagreb: Medicinska knjiga.
11. Grant, G., Ramcharan, P., McGrath, M., Nolan, M., & Keady, J. (1998). Rewards and gratifications among family caregivers: towards a refined model of caring and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 58-71.
12. Graungaard, A. H., & Skov, L. (2007). Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child: Care, Health and Development*, 33, 296-307.
13. Green, S. E. (2007). We're tired not sad: Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science and Medicine*, 64, 150-163.

14. Ivanac, B. (2015). *Kvaliteta života i mentalno zdravlje žena oboljelih od raka dojke* (Završni rad). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet
15. *Index for Inclusion: Developing learning and participation in schools* (2002)
16. Извештај о раду установа за смештај деце и младих за 2015. годину, 2016
17. *Investing in early childhood education in Serbia*, 2012
18. *Инклузивно предшколско васпитање и образовање*, 2014
19. *Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце*, 2014
20. Ишпановић-Радојковић, В. (2007). Ментално здравље и афективна везаност у детињству. У: Ханак, Н., Димитријевић, А. (уредници). *Афективно везивање: теорија, истраживања, психотерапија*. Београд: ФАСПЕР – ЦИД.
21. Јелић, М., Стојковић, И. и Марков, З. (2018). Сарадња предшколске установе и родитеља из угла васпитача. *Специјална едукација и рехабилитација*, 17(2), 165-187.
22. Jokovic-Turalija, I., Rajca, G. (1999). *Edukacija roditelja u procesu re/habilitacije djeteta s cerebralnom paralizom. Osposobljavanje roditelja za primjereni tretman djeteta s cerebralnom paralizom*. Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, Zagreb, 55-58.
23. Jokovic-Turalija, I., Ivkic, D., Oberman-Babic, M. (2002). Neki aspekti dijagnostike i terapije djece s cerebralnom paralizom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38(1), 121-126.
24. Kazak, A. E., & Marvin, R. S. (1984). Differences, difficulties and adaptation: stress and social networks in families with handicapped child. *Family Relations*, 33, 67-77.
25. Kararić, D., Sindik, J., Raguž, V., Klokoč, P., Milovčević, V. i Burum, M. (2012). Odnos zadovoljstva životom i psihološke dobrobiti sa stresom i mentalnom čvrstoćom kod studenata sestrinstva. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 29(8), 35-48.
26. Kearney, P. M. & Griffin, T. (2001). Between joy and sorrow: being parent of a child with developmental disability. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 582- 592.
27. King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-centred service for children with cerebral palsy and their families: A review of literature. *Seminar of Pediatric Neurology*, 11, 78-86.
28. Košiček, T., Kobetić, D., Stančić, Z. & Joković-Oreb, I. (2009). Istraživanja nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(1), 1-14.
29. Крстић, Т., Мухић, Љ., Рајић, М. и Бранковић, Ј. (2017). *Подношка родитељима деце са сметњама у развоју и хроничним болестима; практикум за програам „Наша прича“*. Филозофски факултет, Универзитет у Новом Саду.
30. Лазор, М., Марковић, С. и Николић, С. (2008). *Приручник за рад са децом са сметњама у развоју*. Нови Сад: Новосадски хуманитарни центар (НСХЦ).

31. Leonard, L. (1997). *Children with Specific Language Impairment*. Cambridge: MIT press.
32. Leerkes, E. M., & Burney, R. V. (2007). The development of parenting efficacy among new mothers and fathers. *Infancy*, 12, 45-67.
33. Lin, S-L. (2000). Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Exceptional Children*, 66(2), 201-218.
34. Lindsay, G., Dockrell, J., Mackie, C. & Letchford, B. (2005). The roles of specialist provision for children with speech and language difficulties in England and Wales: a model for inclusion? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305.
35. Lord, C., Bailey, A. (2003). Autism Spectrum Disorders. U: M. Rutter, E. Taylor (Ur.), *Child and Adolescent Psychiatry* (636-663). Oxford: Blackwell.
36. Mac Naughton, 2006
37. Marvin, R. S. & Pianta, R. C. (1996). Mothers' reactions to their child's diagnosis: relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 436-445.
38. Марић, Ј. (2005). *Клиничка психијатрија*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
39. Марков, З. и Адамов, Н. (2008). Улога васпитача у инклузивном процесу. *Нора*, 13(1-2), 167-183.
40. Матејевић, М. (2008): Функционалност породичних система у условима транзиције у Србији. *Образовање и сиромаштво у земљама у транзицији*, Институт за педагошка истраживања, Београд, 165-179.
41. Матејевић, М., Тодоровић, Ј. (2012). *Функционалност породичних односа и компетентно родитељство*. Ниш: Филозофски факултет.
42. Матијевић, Д. и сар. (2010). *Деца је место у породици: „Приручник за рад у заједници са породицама деце са сметњама у развоју“*. Београд: Градски завод за јавно здравље.
43. Милићевић, М. (2015). Евалуација квалитета живота деце и омладине са церебралном парализом у Републици Србији. *Београдска дефектолошка школа*, 21(1), 9-22.
44. Milićević, M., & Klić, I. (2014). Kvaliteta života djece s teškoćama u razvoju i kroničnim bolestima – Obilježja procjene iz perspektiva djece i njihovih roditelja. U A. Žic Ralić & Z. Bukvić (Eds.), *Zbornik sažetaka i radova 10. kongresa edukacijskih rehabilitatora s međunarodnim sudjelovanjem „Poticajno okruženje za cjeloživotno učenje“* (str. 22–33). Zagreb: Savez edukacijskih rehabilitatora Hrvatske.
45. Митић, М. (2011). Породица, родитељи и родитељство. У: Митић, М. (ур). *Деца са сметњама у развоју. Потребе и подршка*. Београд: Републички завод за социјалну заштиту. 56 – 66.

46. Митић, М. (1997). *Породица и стрес између пораза и наде*. Београд: Институт за психологију.
47. Montie, J. E., Xiang, Z., & Schweinhart, L. J. (2006). Preschool experience in 10 countries: Cognitive and language performance at age 7. *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 313–331.
48. Mosley-Hänninen, P. (2009). *Contextualising the Salutogenic Perspective on Adolescent Health and the Sense of Coherence in Families – A study among adolescents and their families in the Swedish speaking Finland*. Thesis. Laurea University of Applied Sciences, Master of Healthcare.
49. Mc Manus, V., Corcoran, P., & Perry, I.J. (2008) Participation in everyday activities and quality of life in pre-teenage children living with cerebral palsy in South West Ireland. *BMC Pediatrics*, 8, 50.
50. McConachie, H., Colver, A. F., Forsyth, R. J., Jarvis, S. N., & Parkinson, K. N. (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation*, 28(18), 1157–1164.
51. McWilliam, R. A., & Casey, A. M. (2013). *Factor analysis of family quality of life (FaQoL)*. Nashville: Unpublished manuscript.
52. Николић, С. и Илић, С. (2013). Стручни сарадник у инклузивном предшколском васпитању и образовању. У: Николић, С., Илић-Стошовић, Д. и Стошљевић, М. (ур.) *Стручни сарадник у инклузивном образовању – зборник радова*, стр. 61-80. Београд: Друштво дефектолога Србије.
53. Owens, R. (1999). *Language Disorders: A Functional Approach to Assessment and Intervention* (3rd edn). Boston, MA: Allyn and Bacon.
54. Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., Poston, D., Mannan, H., ... Nelson, L. L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a family quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4–5), 367–384.
55. Повше-Ивкић, В. и Тркуља, М. (2016). Когнитивни развој. У: З. Поповић, *Програми подршке деци и ученицима са сметњама у развоју*, стр. 5-52. Београд: Завод за унапређивање образовања и васпитања.
56. Поповић-Деушић, С. (1999). *Проблеми менталног здравља деце и адолесцената*. Београд: Институт за ментално здравље.
57. *Посебан извештај о дискриминацији особа са инвалидитетом*, 2013
58. Поткоњак, Н., Шимлеша, П. (1989). *Педагошка енциклопедија II*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.

59. *Први национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији*, 2011
60. Радић-Шестић, М., Милановић-Доброта, Б. и Радовановић, В. (2012). Однос друштва према особама са ометеношћу. *Социолошки преглед*, 46(4), 561–582.
61. Raina et al., 2005
62. *Редовни годишњи извештај Заштитника грађана за 2011. годину*, 2012
63. Reid, M. K. & Borkowski, J. G. (1987). Causal attributions of hyperactive children: Implications for teaching strategies and self control. *Journal of Educational Psychology*, 79, 296-307.
64. Sabol, 2005
65. Сакач, М. Д., Марковић, С. С. и Марић, М. Р. (2018). Однос традиционалне и савремене породице у контексту анализе димензија породичног живота студената у Војводини. *Зборник радова Филозофског факултета*, 48(1), 97-11.
66. Светска здравствена организација (1992). *Међународна класификација болести и сродних здравствених проблема*.
67. Светска здравствена организација. (1997). *Међународна класификација оштећења*.
68. Светска здравствена организација. (1997). *Светски извештај о инвалидности*.
69. *Ситуациона анализа: Положај деце са сметњама у развоју и инвалидитетом у Републици Србији* (2017). Национална организација особа са инвалидитетом Србије (НООИС).
70. Smith-Bird, E., & Turnbull, A. P. (2005). Linking Positive Behavior Support to Family Quality-of-Life Outcomes. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(3), 174–180.
71. Станковић-Ђорђевић, М. (2013). *Карактеристике личности наставника и мајки и њихов однос према инклузији деце са развојним сметњама*. Докторска дисертација. Универзитет у Нишу, Филозофски факултет.
72. Станковић, М., Лакић, А. и Илић, Н. (2012). Аутизам и спектар аутистичног поремећаја у контексту нових класификационих, клиничких и епидемиолошких података. *Српски архив целокупног лекаства*, 140(3-4), 236-243.
73. Степановић, Д. (2012). *Функционалност породичних односа и димензије личности хранитеља*. Мастер рад. Универзитет у Нишу, Филозофски факултет.
74. Стефановић-Станојевић, Т. и Крстић, Н. (2005). *Особе са хендикепом: права, могућности и развој*. Ниш: Одбор за грађанску иницијативу.
75. Тодоровић, Ј., Симић, И. (2013). Димензије породичног односа, субјективно благостање и тип домаћинства. У Димитријевић, Б. (гл. ур). *Хуманизација универзитета* (стр. 298-311).

Зборник радова научног скупа са међународним учешћем Наука и савремени универзитет 2, Ниш: Филозофски факултет.

76. Ђуртић, С., Кошутин, М., Мишчевић, К. и Малешевић, Д. (2013). *Приручник – Обука неговатељица за рад са децом са сметњама у развоју*. Нови Сад: Покрајински завод за социјалну заштиту.
77. Falik, L. H. (1995). Family patterns of reaction to a child with a learning disability: A mediational perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 335-341.
78. Forness, S. R. & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace „Serious Emotional Disturbance“ in individuals with Disabilities Education Act. *School Psychology Review*, 21, 12-20.
79. Friend, M. (2006). *Special education: Contemporary perspectives for school professionals*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
80. Hallahan, D. P. & Kauffman, J. M. (2006). *Exceptional Learners: Introduction to special education* (10th edn.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
81. Хрњица, С. (2011). Дете са сметњама у развоју, у: М. Митић (ур.) *Деца са сметњама у развоју, потребе и подршка*. Београд: Републички завод за социјалну заштиту, стр. 31-37.
82. Copple & Bredekamp, 2009
83. *Школа за све: Укључивање дјеце са развојним тешкоћама у образовање*, 2007
84. Westley, E. (2014). *Associations between poverty, maternal experience of intimate partner violence, and developmental delay among 12-23 month-old children in Nicaragua*. University of Washington.

Прилози

1. Инструменти коришћени у истраживању

Упитник за родитеље (CEDL)

INFORMACIJE ZA RODITELJE

Poštovani/na, upitnik koji je pred Vama trebao bi da posluži prikupljanju podataka u svrhe pisanja diplomskog rada sa ciljem boljeg razumevanja funkcionisanja dece u svakodnevnom životu. U ovom upitniku nema tačnih niti pogrešnih odgovora. Molim Vas da pročitate svaku tvrdnju i pažljivo označite onu tvrdnju koja se odnosi na Vaše dete. Upitnik je anonimnog tipa i podaci o detetu će se koristiti samo u svrhu istraživanja.

Pol deteta: _____

Uzrast deteta: _____ godine _____ meseci

Upitnik popunjava detetov (zaokružite jedno od ponuđenih): otac / majka / drugo: _____

Koliko imate godina? _____

U kom mestu živite: _____

Koja je Vaša školska sprema? Osnovna škola ili manje / srednja škola / viša škola ili fakultet / postdiplomske studije / drugo _____

Šta ste po zanimanju? _____

Da li ste zaposleni? Da / Ne

Vaš bračni status jc: u braku / razvedeni / vanbračna zajedica/ udovac/udovica / drugo _____.

Koliko članova broji Vaša porodica (domaćinstvo): _____

Koliko dece imate: _____

Da li Vaše dete ima neke teškoće u razvoju? **DA** **NE**

Ukoliko je odgovor na prethodno pitanje bio pozitivan, molimo Vas da navedete šta je u pitanju: _____

Puno hvala na saradnji i izdvojenom vremenu!

Učešće deteta u svakodnevnom životu

Prvi deo: Učešće u porodičnim i rekreativnim aktivnostima

Od Vas se traži da procenite stavke u vezi sa učešćem u porodičnim i rekreativnim aktivnostima na dve skale: **1)** Koliko često vaše dete učestvuje u aktivnosti i **2)** Vaše opažanje koliko vaše dete uživa u toj aktivnosti.

Koliko često:	Koliko vaše dete uživa u aktivnosti:
5 - Veoma često - Vaše dete uvek učestvuje u aktivnosti (u svakoj prilici)	5 - Veoma mnogo - Vaše dete voli aktivnost
4 - Često - Vaše dete učestalo učestvuje u aktivnosti	4 - Mnogo - Vašem detetu se zaista dopada aktivnost
3 - Ponekad - Vaše dete povremeno učestvuje u aktivnosti	3 - Osrednje - Vašem detetu se dopada aktivnost
2 - Skoro nikad - Vaše dete retko učestvuje u aktivnosti	Pomalo - Vašem detetu je aktivnost u redu
1 - Nikad - Vaše dete nikada ne učestvuje u aktivnosti	Uopšte ne - Vaše dete ne voli aktivnost

Koliko često vaše dete učestvuje u:	Koliko često?					Koliko mislite da vaše dete uživa u aktivnosti?						
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	NP	
Porodičnim aktivnostima kod kuće (kućni poslovi, gledanje TV-a)												
Porodičnim aktivnostima van kuće (kupovina, odlazak u biblioteku, posete rodbini i prijateljima)												
Igranju sa odraslima u kući												
Igranju sa decom u kući												
Igranju sa odraslima napolju												
Igranju sa decom napolju												
U aktivnostima kao što je bojenje, kartanje, čitanje knjiga												
Organizovanim časovima, prilagođenim sportovima i organizovanim časovima plivanja, plesa, zajedničkim časovima za decu i roditelje												
Aktivnoj fizičkoj rekreaciji (vožnja tricikla, plivanje, trčanje, penjanje na igralištu)												
Zabavnim aktivnostima van kuće (odlazak u ZOO vrt,												

muzej za decu, cirkus, koncerte)												
Društvenim aktivnostima (igre sa prijateljima ili vršnjacima, odlasci na zabave)												

Drugi deo: Učešće u brizi o sebi

Ovaj deo se odnosi na vašu procenu koliko vaše dete UČESTVUJE u brizi o sebi svakoga dana, kao što su ishrana i oblačenje.

Pet mogućih izbora su:

- *Da, radi aktivnost dosledno* - Dete dosledno obavlja aktivnost tokom dnevne rutine bez pomoći druge osobe
- *Da, radi aktivnost nedosledno* - Dete obavlja aktivnost bez pomoći druge osobe ali nije uspešno ili motivisano da je obavlja samostalno sve vreme
- *Da, uz pomoć za neke delove aktivnosti* - Dete radi deo aktivnosti samo, ali zahteva pomoć druge osobe da bi završilo aktivnost
- *Da, uz konstantnu pomoć* - Dete asistira u aktivnosti ali mu je potrebna pomoć druge osobe za čitavu aktivnost
- *Ne, nije sposobno* - Dete ne obavlja aktivnost. Staratelj je obavlja za dete.

<i>Da li vaše dete:</i>	<i>Da, radi aktivnost dosledno 5</i>	<i>Da, radi aktivnost nedosledno 4</i>	<i>Da, uz pomoć za neke delove aktivnosti 3</i>	<i>Da, uz konstantnu pomoć 2</i>	<i>Ne, ne radi aktivnost 1</i>
Hrani se hranom koja se uzima rukama					
Hrani se kašikom ili viljuškom					
Pije iz flaše ili šolje					
Oblači gornji deo tela					
Oblači donji deo tela					
Kupa se, čisti i uređuje					
Koristi nošu ili toalet					

УПИТНИК за васпитаче (ClaMEISR)

INFORMACIJE ZA VASPITAČE

Poštovani/na, upitnik koji je pred Vama trebao bi da posluži prikupljanju podataka u svrhe pisanja diplomskog rada sa ciljem boljeg razumevanja funkcionisanja dece u okviru rutina u predškolskim ustanovama. U ovom upitniku nema tačnih niti pogrešnih odgovora. Molim Vas da pročitate svaku tvrdnju i zaokruživanjem jednog broja pored svake tvrdnje odgovorite koliko se ta tvrdnja odnosi na dete u grupi kojom koordinirate. Upitnik je anonimnog tipa i podaci o detetu će se koristiti samo u svrhu istraživanja.

Podaci o osobi koja ispunjava upitnik:

Pol: **M** **Ž**

Starost _____

Najviši nivo završenog obrazovanja: _____

Zanimanje: _____

Godine radnog staža: _____

Imate li iskustvo u radu sa decom sa ometenošću? **DA** **NE**

Ukoliko je odgovor u prethodnom pitanju bio **DA**, molimo Vas upišite godine iskustva:

Podaci o detetu:

Pol deteta za koji ispunjavate upitnik : **M** **Ž**

Uzrast deteta za koji ispunjavate upitnik: _____ godina _____ meseci

Koliko dugo dete pohađa predškolsku ustanovu?

a) manje od 6 meseci b) 6 meseci – godinu dana c) godinu i više dana

Koliko je dete prisutno u predškolskoj ustanovi u toku nedelje?

a) dete uglavnom dolazi 1-2 puta u toku nedelje u vrtić

b) dete uglavnom dolazi 2-4 puta u toku nedelje u vrtić

c) dete uglavnom dolazi svih 5 radnih dana u vrtić

Da li dete ima bilo kakvu vrstu smetnje u razvoju? (zaokružite jedan od ponuđenih odgovora)

DA **NE**

Navedite koju (opciono) _____

Puno hvala na saradnji i izdvojenom vremenu!

Za svaki ajtem brojevi znače sledeće:

- 1 – Ponašanje se još nije javilo kod deteta (Još ne)
- 2 – Ponašanje se kod deteta pojavljuje ponekad (Ponekad)
- 3 – Dete se na navedeni način ponaša često/uvek (Često/Uvek)

1. Dolazak u vrtić	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
1.1. Igra se bez plakanja u prvih 20 min. od odlaska roditelja	1	2	3
1.2. Igra se bez plakanja kad roditelj ode	1	2	3
1.3. Uzvrća pozdrav odrasloj osobi	1	2	3
1.4. Samostalno ulazi u zgradu hodajući ili pomoću kolica	1	2	3
1.5. Prati uputstva	1	2	3
1.6. Stavlja predmete na police	1	2	3
1.7. Kači jaknu o vešalicu	1	2	3
1.8. Skida jaknu	1	2	3
1.9. Bira šta će raditi i čime će se igrati	1	2	3
1.10. Izlazi iz kola uz asistenciju (bez dizanja)	1	2	3
1.11. Prati čitavu rutinu dolaska u vrtić bez podsticanja	1	2	3
1.12. Priča s odraslima koristeći govorni iskaz od jedne reči	1	2	3
1.13. Priča sa odraslima u rečenicama koje su kombinacija dve reči	1	2	3
1.14. Priča s odraslima u složenim rečenicama	1	2	3
1.15. Priča sa odraslima o prošlim događajima (npr. šta se dogodilo sinoć)	1	2	3
1.16. Priča sa odraslima o budućim događajima (npr. šta će se desiti kasnije u toku dana)	1	2	3
1.17. Prepoznaje svoj napisano ime (npr. na polici)	1	2	3

2. Slušanje muzike	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
2.1. Izgovara glasove (vokalizuje)	1	2	3
2.2. Tapše uz muziku ili aplauz	1	2	3
2.3. Imitira pokrete	1	2	3
2.4. Bira pesme ili muziku	1	2	3
2.5. Koristi slušalice	1	2	3
2.6. Peva pesme	1	2	3
2.7. Prati uputstva iz pesme	1	2	3
2.8. Pleše samo	1	2	3
2.9. Učestvuje u „bendu“ ili u „paradi“	1	2	3
2.10. Svira instrument	1	2	3
2.11. Pleše s drugom decom	1	2	3
2.12. Menja ritam na odgovarajući način	1	2	3

3. Kupatilo	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
3.1. Sugerše da mu je mokra pelena/odeća	1	2	3
3.2. Učestvuje u grupnom odlasku u toalet na nalog odraslog	1	2	3
3.3. Pere ruke uz asistenciju	1	2	3
3.4. Sedi na wc šolji	1	2	3
3.5. Sedi na wc šolji predviđeno vreme	1	2	3
3.6. Povlači vodu	1	2	3
3.7. Nakon što kaže da mora u toalet, čeka dok ne dođe do toaleta kako bi izvršio fiziološku potrebu	1	2	3

3.8. Obaveštava rečima ili gestom da želi u toalet	1	2	3
3.9. U periodu od najmanje 2h dete nije uriniralo van pelene	1	2	3
3.10. Sam diže pantalone	1	2	3
3.11. Sam spušta pantalone	1	2	3
3.12. Čeka u redu za toalet	1	2	3
3.13. Samostalno pere ruke	1	2	3
3.14. Zakopčava cipzar	1	2	3
3.15. Briše se uz asistenciju	1	2	3
3.16. Briše se samostalno	1	2	3
3.17. Zakopčava pantalone na nitne	1	2	3
3.18. Zakopčava pantalone na dugmad	1	2	3

4. Napolju	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
4.1. Ljulja se uz asistenciju	1	2	3
4.2. Igra se s predmetima u pesku najmanje 5 min.	1	2	3
4.3. Hoda ili se drugačije samostalno kreće (u kolicima)	1	2	3
4.4. Trči	1	2	3
4.5. Igra se vije	1	2	3
4.6. Penje se na ljuljašku	1	2	3
4.7. Igra se u vodi	1	2	3
4.8. Skida jaknu	1	2	3
4.9. Staje u red	1	2	3
4.10. Prlja ruke istražujući, igrajući se	1	2	3
4.11. Spušta se niz tobogan	1	2	3
4.12. Penje se uz merdevine na igralištu	1	2	3
4.13. Oblači jaknu	1	2	3
4.14. Šuta loptu	1	2	3
4.15. Igra se na najmanje 3 različita centra na igralištu	1	2	3
4.16. Baca veliku loptu s obe ruke istovremeno od dole	1	2	3
4.17. Čeka u redu bar 1 minut	1	2	3
4.18. Igra se sa vršnjacima naizmenično	1	2	3
4.19. Pokazuje interesovanje za bube/insekte	1	2	3
4.20. Koristi reči ili gest	1	2	3
4.21. Penje se i na druge objekte sem merdevina za spust s tobogana	1	2	3
4.22. Vozi tricikl	1	2	3
4.23. Uključen je u igru pretvaranja	1	2	3
4.24. Šeta do i od igrališta	1	2	3
4.25. U igri pokazuje dovoljno avanturističkog duha	1	2	3
4.26. Hvata loptu	1	2	3
4.27. Kad uđe unutra, pere ruke	1	2	3
4.28. Pokazuje interesovanje za rast biljak	1	2	3
4.29. Baca malu loptu s jednom rukom iz zamaha	1	2	3
4.30. Ljulja se samostalno	1	2	3

5. Pranje ruku	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
5.1. Prati uputstva	1	2	3
5.2. Odlazi do lavaboja hodajući ili se krećući drugačije samostalno (npr. u kolicima)	1	2	3
5.3. Prati celu rutinu pranja ruku uz minimalnu pomoć	1	2	3
5.4. Trlja šake ispod vode dok pere ruke	1	2	3

5.5. Uzima ubrus	1	2	3
5.6. Kvasi šake	1	2	3
5.7. Pere ruke	1	2	3
5.8. Baca ubrus u smeće	1	2	3
5.9. Pušta vodu	1	2	3
5.10. Koristi sapun	1	2	3
5.11. Zaustavlja vodu pomoću peškira	1	2	3
5.12. Čeka u redu u koliko je potrebno	1	2	3
5.13. Prati celu rutinu pranja ruku bez podsticanja	1	2	3

6. Usmerene aktivnosti (u krugu)	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
6.1. Sedi na podu	1	2	3
6.2. Kreće se uz pesmu	1	2	3
6.3. Kreće se do kruga bez problema	1	2	3
6.4. Kreće se od kruga bez problema	1	2	3
6.5. Prati uputstva	1	2	3
6.6. Sedi s rukama i nogama uz sebe, van kruga	1	2	3
6.7. Peva, vokalizuje ili komunicira na neki drugi način dok peva pesmu	1	2	3
6.8. U interakciji je s odraslima	1	2	3
6.9. U interakciji je s vršnjacima	1	2	3
6.10. Čeka na svoj red	1	2	3
6.11. Odgovara na pitanja	1	2	3
6.12. Priča o prošlim događajima	1	2	3

7. Obroci/Užine	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
7.1. Sedi u stolici	1	2	3
7.2. Jede raznovrsnu hranu	1	2	3
7.3. Hrani se samostalno kašikom	1	2	3
7.4. Hrani se samostalno viljuškom	1	2	3
7.5. Drži ruke izvan tuđih tanjira	1	2	3
7.6. Koristi reči ili gest	1	2	3
7.7. Traži još	1	2	3
7.8. Dolazi na obrok/užinu bez problema	1	2	3
7.9. Odlazi s obroka/užine bez problema	1	2	3
7.10. Pije iz čaše	1	2	3
7.11. Učestvuje u socijalnoj interakciji sa odraslom osobom kada je odrasla osoba inicira	1	2	3
7.12. Učestvuje u socijalnoj interakciji sa vršnjacima kada je vršnjaci iniciraju	1	2	3
7.13. Govori „ne“ ili na drugi način odbija ono što mu je ponudeno	1	2	3
7.14. Traži stvari na drugačiji način sem što govori „još“	1	2	3
7.15. Inicira interakciju s odraslima	1	2	3
7.16. Inicira interakciju s vršnjacima	1	2	3
7.17. Sklanja svoj tanjir i čašu	1	2	3
7.18. Sedi na svom mestu neophodno vreme	1	2	3
7.19. Poslužuje se sam iz činije	1	2	3
7.20. Čeka na svoj red	1	2	3
7.21. Ako mu je potrebna pomoć čeka pravo vreme da je traži (ni prerano, ni prekasno)	1	2	3
7.22. Ne odustaje pred problemom	1	2	3

8. Rad u maloj grupi s vaspitačem	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
8.1. Prati uputstva	1	2	3
8.2. Učestvuje u aktivnosti dok druga deca pričaju	1	2	3
8.3. Učestvuje bez problema u aktivnosti	1	2	3
8.4. Napušta aktivnost bez problema	1	2	3
8.5. Koristi materijale na pravilan način	1	2	3
8.6. Koristi reč ili gest	1	2	3
8.7. Odgovara na pitanja	1	2	3
8.8. U interakciji je s vršnjacima	1	2	3
8.9. Igra se sa drugarima naizmenično (npr. „prvo ti pa ja“)	1	2	3
8.10. Deli igračke s drugima	1	2	3
8.11. Ostaje u igri određeno vreme	1	2	3
8.12. Radi zadatak do kraja	1	2	3
8.13. Sprema za sobom	1	2	3

9. Pranje zuba	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
9.1. Drži četkicu u rukama	1	2	3
9.2. Ispljuvava pastu za zube u lavabo	1	2	3
9.3. Prati uputstva	1	2	3
9.4. Briše usta peškirom	1	2	3
9.5. Staje na stoličicu ukoliko je potrebno	1	2	3
9.6. Čeka na svoj red	1	2	3
9.7. Traži pomoć ako mu je potrebna	1	2	3
9.8. Imitira	1	2	3
9.9. Vraća četkicu na mesto	1	2	3
9.10. Pušta i zaustavlja vodu	1	2	3
9.11. Stavlja pastu za zube na četkicu	1	2	3
9.12. Pere sve zube	1	2	3
9.13. Ispira usta	1	2	3
9.14. Skida i vraća zatvarač na pastu	1	2	3

10. Pričanje priča	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
10.1. Pravilno sedi na stolici ili tepihu	1	2	3
10.2. Sedi pored drugova ne smetajući ih	1	2	3
10.3. Gleda u slikovnice kada je pozvan	1	2	3
10.4. Odgovara na pitanja	1	2	3
10.5. Prati uputstva	1	2	3
10.6. Odgovara na pitanja u vezi sa pričom naizmenično sa svojim drugovima	1	2	3
10.7. Odgovara na direkcije iz priče	1	2	3
10.8. U interakciji je s odraslim tokom čitanja (obično 1 na 1)	1	2	3
10.9. Prisustvuje aktivnosti predviđeno vreme	1	2	3
10.10. Ponavlja već poznat tekst iz priče	1	2	3
10.11. Igra igru uloga u odnosu na scene iz priče	1	2	3
10.12. „Čita“ priče iz knjige	1	2	3
10.13. Gleda u knjige bez poziva, samoinicijativno	1	2	3

10.14. Priča o emocijama likova iz priče	1	2	3
10.15. Gleda u knjigu s drugom	1	2	3

10. Spavanje	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
11.1. Ostaje u krevetu prevideno vreme	1	2	3
11.2. Spava	1	2	3
11.3. Ostaje u krevetu bez prisustva odraslog pored njega	1	2	3
11.4. Tiho se igra (ako ne spava)	1	2	3
11.5. Ostaje sam u krevetu bez pravljenja buke	1	2	3
11.6. Dolazi do kreveta bez problem	1	2	3
11.7. Na kraju spavanja, napušta krevetac bez negodovanja	1	2	3

11. Slobodna igra	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
12.1. Bira igračke kojim će se igrati	1	2	3
12.2. Igra se igračkama repetitivno (npr. udara)	1	2	3
12.3. Igra se samo	1	2	3
12.4. Igra se s sličnim objektima pored drugog deteta (paralelna igra)	1	2	3
12.5. Igra se igračkama na način na koji su previdene (funkcionalna igra)	1	2	3
12.6. Pravi izbor od onog što mu odrasla osoba nudi	1	2	3
12.7. Kada želi da se igra, pita odraslog	1	2	3
12.8. Priključuje se bar jednom detetu u igri	1	2	3
12.9. Koristi reči ili gest	1	2	3
12.10. Pretvara se da ima čajanku ili obrok	1	2	3
12.11. Ostavlja materijal iz ruke ukoliko se od njega to traži	1	2	3
12.12. Igra se s drugim detetom ali bez postojanja zajedničkog cilja (asocijativna igra)	1	2	3
12.13. Pita za pomoć	1	2	3
12.14. Pita druga da se igraju	1	2	3
12.15. Uparuje boje	1	2	3
12.16. Uparuje oblike	1	2	3
12.17. Uparuje slova, životinje i dr.	1	2	3
12.18. Pokazuje prstom ka predmetu interesovanja	1	2	3
12.19. Sklapa puzzle, oblike i dr.	1	2	3
12.20. Tokom igre drugovima, čeka	1	2	3
12.21. Maskira se u igri „kaobajagi“	1	2	3
12.22. Pravi stvari (npr. crta reprezentativan crtež, pravi voz od kocaka, slaže objekte da bi napravio kuću)	1	2	3
12.23. Igra se s drugim detetom da bi postigli zajednički cilj (kooperativna igra)	1	2	3
12.24. Rešava probleme s vršnjacima kada se nađe u konfliktu	1	2	3
12.25. Igra se predmetima pretvarajući se da su nešto drugo	1	2	3
12.26. Samoinicijativno ostavlja materijal za igru na mesto	1	2	3
12.27. Pita za svoj red	1	2	3
12.28. Kada je suočen s izazovom, istrajava	1	2	3
12.29. Igra igru uloga (sem što se igra čajanke i obroka), pretvara se da je neko drugi-lekar, policajac..	1	2	3
12.30. Kada započne igru, ono je i završi (ne napušta igru)	1	2	3
12.31. Pravi plan za igru (koristi reči da bi objasnio šta će se dogoditi)	1	2	3

12. Odlazak iz vrtića	Još ne	Ponekad	Često/Uvek
13.1. Prepoznaje osobu koja dolazi po njega/nju	1	2	3
13.2. Odlazi do vozila samoinicijativno	1	2	3
13.3. Čeka u redu određeno vreme da bi napustio prostoriju	1	2	3
13.4. Skuplja svoje stvari	1	2	3
13.5. Govori „dovidenja“	1	2	3
13.6. Oblači jaknu	1	2	3
13.7. Napušta sobu ili igralište bez problema	1	2	3
13.8. Započinje rutinu odlaska kući bez problema	1	2	3
13.9. Čisti materijale za igru	1	2	3
13.10. Pokazuje svoje ime na papiru za dolazak i odlaza	1	2	3
13.11. Priča o budućnosti (npr. o toj večeri, kad će se vratiti)	1	2	3

Упитник за процену квалитета породичног живота (*Family Quality of Life, FaQoL*; McWilliam & Casey, 2013)

FaQoL

McWilliam (2011)

Kvalitet породичног живота(FaQoL)

R. A. McWilliam (2011)

Ime roditelja:

Datum:

Ime deteta:

EI:

ID:

Molim Vas ocenite sledeće aspekte života vaše porodice zaokruživanjem brojeva koji označavaju stepen vašeg slaganja sa iznetim tvrdnjama (loše, uglavnom dobro, dobro, vrlo dobro ili odlično). Na svako pitanje odgovorite zaokruživanjem brojeva. "Porodica" se generalno odnosi na ljude koji žive sa detetom, ali možete ga definisati na bilo koji način koji ima smisla za vas i vašu porodicu.					
	Loše	Uglavnom dobro	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
1. Naša porodica zajednički rešava probleme	1	2	3	4	5
2. Komunikacija unutar naše ^{a, b} porodice je	1	2	3	4	5
3. Odnosi naše porodice sa širom ^a porodicom su	1	2	3	4	5
4. Informacije koje naša porodica ima o ^{a, c} stanju ili invaliditetu našeg deteta	1	2	Po3	4	5
5. Informacije koje naša porodica ima o ^{a, c} razvoju deteta	1	2	3	4	5
6. Informacije koje naša porodica ima o ^{a, c} resursima podrške, uključujući usluge	1	2	3	4	5
7. Informacije koje naša porodica ima o ^{a, c} tome šta da radi sa svojim detetom	1	2	3	4	5
8. Komunikacija naše porodice sa ^a prijateljima i ostalima	1	2	3	4	5
9. Kako se naša porodica druži s drugima ¹	1	2	3	4	5
10. Veze naše porodice sa organizacijama značajnim za podršku našeg deteta	1	2	3	4	5

¹ Jackson & Turnbull (2004) ^b Hind & Davis (1999)
^c McWilliam (in press)

11. Naša porodica je u stanju da plati i tako ostvari osnovne potrebe	1	2	3	4	5
12. Pristup zdravstvenoj zaštiti naše porodice je	1	2	3	4	5
13. Znanje naše porodice o tome kako ^a uče deca koja imaju smetnje/teškoće	1	2	3	4	5

1

	Loše	Uglavnom dobro	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
14. Znanje naše porodice o roditeljstvu _a	1	2	3	4	5
Znanje naše porodice o tome šta da 15. radimo kada naše dete ima izazove u ponašanju	1	2	3	4	5
16. Vreme naše porodice provedeno sa _a našim detetom	1	2	3	4	5
17. Pristup naše porodice servisima za podršku	1	2	3	4	5
Prisustvo podrška koja je na raspolaganju našoj 18. porodici da pomogne našem detetu da se _a sprijatelji	1	2	3	4	5
Učešće naše porodice u 19. događajima i aktivnostima u zajednici, uključujući izlete ^{a, b}	1	2	3	4	5
20. Zdravlje naše porodice ^b	1	2	3	4	5
21. Zaposlenje najmanje jedne odrasle osobe u našoj porodici _b	1	2	3	4	5
22. Vreme porodice provedeno "jedan na jedan" sa svakim našim detetom	1	2	3	4	5
Stepen slaganja između odraslih 23. članova porodice u vezi sa prihvatljivim roditeljskim pristupom	1	2	3	4	5
24. Koliko smo dobrodošli u našoj zajednici na religijskoj osnovi	1	2	3	4	5
Molimo vas ocenite sledeće aspekte zaokruživanjem brojeva koji označavaju tvrdnje funktionalnosti vašeg deteta kao loše, uglavnom	Loše	Uglavnom dobro	Dobro	Vrlo dobro	Odlično

d

dobro, dobro, vrlo dobro, ili odlično.					
25. Naše dete razume šta mu je rečeno ^{b, c}	1	2	3	4	5
26. Naše dete se samo izražava ^{b, c}	1	2	3	4	5
27. Naše dete se slaže sa odraslima ^{b, c, d}	1	2	3	4	5
28. Naše dete se slaže sa drugom ^{b, c, d} decom	1	2	3	4	5

Bess, Dodd-Murphy, & Parker (1998)

2

	Loše	Uglavnom dobro	Dobro	Vrlo dobro	Odlično
29. Sposobnost našeg deteta da se druži sa svojom braćom / sestrama	1	2	3	4	5
30. Naše dete učestvuje u kućnim ^c poslovima	1	2	3	4	5
Sposobnost porodice da uključi dete u 31. svakodnevne aktivnosti (da kupuje, da se šiša, ide kod zubara, itd.)	1	2	3	4	5
Sposobnost porodice da odvede dete 32. na društvene izlaske (filmovi, zoološki vrt, biblioteka)	1	2	3	4	5
33. Naše dete učestvuje u školskim ili ^c grupnim aktivnostima	1	2	3	4	5
34. Naše dete se igra sa igračkama i koristi različite predmete ^c	1	2	3	4	5
35. Naše dete se ponaša na odgovarajući način ^{b, c, d}	1	2	3	4	5
36. Naše dete je u stanju da zaspi samostalno i ostane da spava.	1	2	3	4	5

e

37. Nezavisnost našeg deteta ^c	1	2	3	4	5
38. Zdravlje našeg deteta ^{b, d}	1	2	3	4	5
Razmišljajući o ukupnoj životnoj 39. situaciji Vaše porodice, kako bi ste je ocenili? ^e	1	2	3	4	5
Razmišljajući o ukupnoj životnoj 40. situaciji Vašeg deteta, kako bi ste ocenili? ^e	1	2	3	4	5

 NEILS

Табела 28. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са поремећајима из аутистичног спектра

	<i>М</i>
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	3.25
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	2.88
Игрању са одраслима у кући	3.75
Игрању са децом у кући	3.13
Игрању са одраслима напољу	3.00
Игрању са децом напољу	3.00
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	2.38
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.00
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.13
Забавним активностима ван куће	3.25
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.00
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	3.38
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.13
Игрању са одраслима у кући	3.63
Игрању са децом у кући	3.38
Игрању са одраслима напољу	3.00
Игрању са децом напољу	3.25
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	2.38
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.63
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.50
Забавним активностима ван куће	3.50
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.38
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	4.00
Храни се кашиком или виљушком	3.63
Пије из флаше или шоље	4.13
Облачи горњи део тела	3.75
Облачи доњи део тела	4.00
Купа се, чисти и уређује	2.50
Користи ношу или тоалет	3.25

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 29. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са церебралном парализом

	М
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	3.00
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.00
Игрању са одраслима у кући	3.67
Игрању са децом у кући	3.33
Игрању са одраслима напољу	2.33
Игрању са децом напољу	3.00
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	2.67
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	1.00
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	1.00
Забавним активностима ван куће	2.33
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	2.67
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.33
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.67
Игрању са одраслима у кући	4.00
Игрању са децом у кући	4.00
Игрању са одраслима напољу	3.33
Игрању са децом напољу	3.67
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	3.33
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	1.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	1.00
Забавним активностима ван куће	3.67
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.67
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	2.33
Храни се кашиком или виљушком	2.00
Пије из флаше или шоље	2.33
Облачи горњи део тела	1.67
Облачи доњи део тела	1.67
Купа се, чисти и уређује	1.67
Користи ношу или тоалет	1.67

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 30. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са Дауновим синдромом

	М
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.20
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.40
Игрању са одраслима у кући	4.80
Игрању са децом у кући	4.60
Игрању са одраслима напољу	4.60
Игрању са децом напољу	4.80
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.20
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.40
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.40
Забавним активностима ван куће	4.40
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.60
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.80
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.60
Игрању са одраслима у кући	5.00
Игрању са децом у кући	5.00
Игрању са одраслима напољу	4.40
Игрању са децом напољу	4.80
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.20
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	4.20
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.60
Забавним активностима ван куће	4.20
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.80
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	5.00
Храни се кашиком или виљушком	4.20
Пије из флаше или шоље	4.80
Облачи горњи део тела	4.00
Облачи доњи део тела	4.20
Купа се, чисти и уређује	2.40
Користи ношу или тоалет	2.80

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 31. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са комбинованим сметњама

	М
<i>Учесталост учеића детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	5.00
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.33
Игрању са одраслима у кући	5.00
Игрању са децом у кући	4.33
Игрању са одраслима напољу	4.00
Игрању са децом напољу	4.33
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	3.67
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.67
Забавним активностима ван куће	3.00
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.00
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.67
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.67
Игрању са одраслима у кући	4.33
Игрању са децом у кући	4.00
Игрању са одраслима напољу	4.00
Игрању са децом напољу	4.00
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	2.33
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.67
Забавним активностима ван куће	3.00
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.33
<i>Учеиће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	4.00
Храни се кашиком или виљушком	3.33
Пије из флаше или шоље	4.00
Облачи горњи део тела	2.67
Облачи доњи део тела	3.00
Купа се, чисти и уређује	1.33
Користи ношу или тоалет	2.33

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 32. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са сметњама у говору

	М
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.33
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.33
Игрању са одраслима у кући	4.33
Игрању са децом у кући	3.00
Игрању са одраслима напољу	5.00
Игрању са децом напољу	3.67
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.00
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.00
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	3.67
Забавним активностима ван куће	2.33
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.00
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	3.67
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.67
Игрању са одраслима у кући	3.67
Игрању са децом у кући	3.67
Игрању са одраслима напољу	5.00
Игрању са децом напољу	5.00
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	3.33
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.67
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.33
Забавним активностима ван куће	2.33
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.67
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	4.00
Храни се кашиком или виљушком	4.67
Пије из флаше или шоље	4.00
Облачи горњи део тела	5.00
Облачи доњи део тела	3.00
Купа се, чисти и уређује	4.00
Користи ношу или тоалет	2.67

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 33. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са сметњама вида

	М
<i>Учесталост учеића детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	4.67
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	5.00
Игрању са одраслима у кући	4.67
Игрању са децом у кући	4.33
Игрању са одраслима напољу	4.67
Игрању са децом напољу	4.33
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.00
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	4.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.67
Забавним активностима ван куће	4.67
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	4.67
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	5.00
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	5.00
Игрању са одраслима у кући	5.00
Игрању са децом у кући	4.33
Игрању са одраслима напољу	4.33
Игрању са децом напољу	4.33
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	4.33
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	4.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	4.67
Забавним активностима ван куће	4.67
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	5.00
<i>Учеиће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	5.00
Храни се кашиком или виљушком	5.00
Пије из флаше или шоље	5.00
Облачи горњи део тела	4.67
Облачи доњи део тела	5.00
Купа се, чисти и уређује	2.67
Користи ношу или тоалет	3.67

Легенда: М – аритметичка средина

Табела 34. Приказ просечних вредности одговора за Упитник за родитеље (CEDL) у групи деце са дисхармоничним развојем

	М
<i>Учесталост учешћа детета у породичним и рекреативним активностима</i>	
Колико често учествује у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	5.00
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	4.33
Игрању са одраслима у кући	5.00
Игрању са децом у кући	5.00
Игрању са одраслима напољу	4.67
Игрању са децом напољу	4.67
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	3.33
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	3.33
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	5.00
Забавним активностима ван куће	4.33
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.67
<i>Опажање родитеља колико дете ужива у тој активности</i>	
Колико мислите да дете ужива у... Породичним активностима код куће (кућни послови, гледање ТВ-а)	5.00
Породичним активностима ван куће (куповина, одлазак у библиотеку, посете родбини и пријатељима)	3.67
Игрању са одраслима у кући	4.67
Игрању са децом у кући	4.33
Игрању са одраслима напољу	4.00
Игрању са децом напољу	3.67
У активностима као што је бојење, картање, читање књига	2.00
Организованим часовима, прилагођеним спортовима и организованим часовима пливања, плеса, заједничким часовима за децу и родитеље	2.67
Активној физичкој рекреацији (вожња трицикла, пливање, трчање, пењање на игралишту)	5.00
Забавним активностима ван куће	3.67
Друштвеним активностима (игре са пријатељима или вршњацима, одласци на забаве)	3.33
<i>Учешће у бризи о себи</i>	
Храни се храном која се узима рукама	5.00
Храни се кашиком или виљушком	3.33
Пије из флаше или шоље	4.33
Облачи горњи део тела	2.67
Облачи доњи део тела	3.67
Купа се, чисти и уређује	1.67
Користи ношу или тоалет	3.00

Легенда: М – аритметичка средина